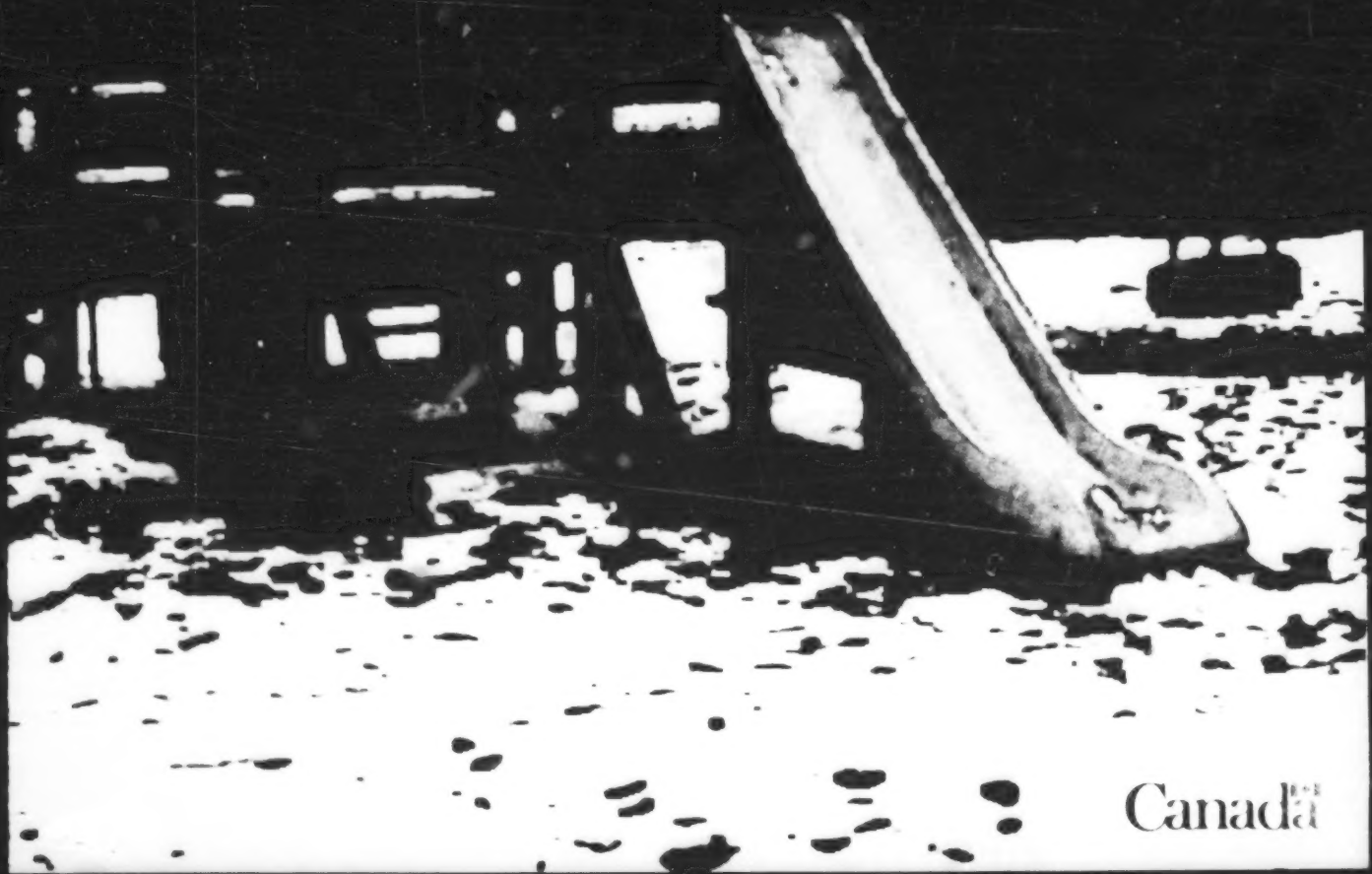
Santé Canada Health Canada

Maltraitance des enfants au Canada

Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants

Résultats choisis



Canada

Notre mission est d'aider les Canadiens et les Canadiennes
à maintenir et à améliorer leur état de santé.
Santé Canada

Des exemplaires de cette publication sont disponibles du :

Centre national d'information sur la violence dans la famille
Santé Canada
Indice de l'adresse : 1907D1
7e étage, édifice Jeanne Mance
pré Tunney
Ottawa (Ontario)
K1A 1B4
Téléphone : 1-800-267-1291 ou (613) 957-2938
Télécopieur : (613) 941-8930
Site Web : **www.hc-sc.gc.ca/nc-cn**

Also available in English under the title:
Child Maltreatment in Canada: Selected Results from
the Canadian Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect

Citation suggerée : Trocmé N, Wolfe D. Maltraitance des enfants au Canada :
Résultats choisis tirés de l'Étude canadienne sur l'incidence des signalements
de cas de violence et de négligence envers les enfants.
Ottawa (Ontario) : Ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux
Canada, 2001.

Publication autorisée par le ministre de la Santé.

© Ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2001

Cat. H49-152/2000F
ISBN 0-662-85404-7

101-04557/

Maltraitance des enfants au Canada

Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants

Résultats choisis

Auteurs : Nico Trocmé, Ph.D.
David Wolfe, Ph.D.

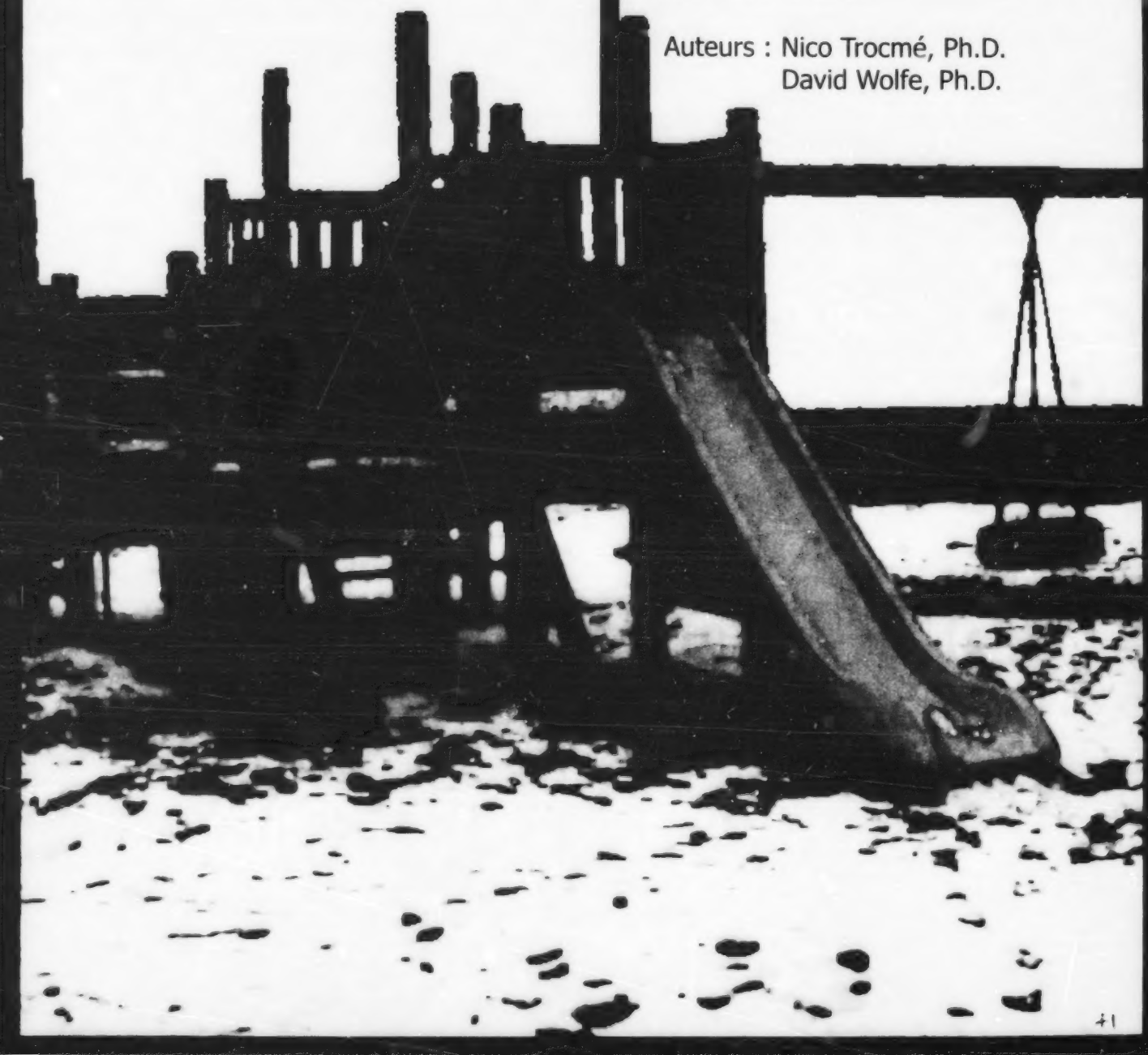


TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS 1

INTRODUCTION 3

1. APERÇU ET MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE 7
   - Contexte et objectifs 7
   - Objet du présent rapport 8
   - Cadre définitionnel de l'ECI 8
   - Méthodologie 9
   - Portée et limites 11

2. MALTRAITANCE DES ENFANTS AU CANADA : INCIDENCE ET CARACTÉRISTIQUES 14
   - Nombre total d'enquêtes axées sur l'enfant et taux globaux de corroboration 14
   - Catégories de mauvais traitements 14
   - Caractéristiques des cas corroborés de mauvais traitements 20
   - Résumé 26

3. PROFIL DES ENFANTS ET DES FAMILLES 27
   - Profil de l'enfant 27
   - Profil de la famille 33
   - Résumé 40

4. RÉPONSES COMMUNAUTAIRES À LA MALTRAITANCE 41
   - Source du signalement ou allégation 41
   - Issue des enquêtes 44
   - Résumé 49

ANNEXES
   - Annexe A : Directeurs des centres/attachés de recherche de l'ECI 51
   - Annexe B : Membres du Comité consultatif national et personnel de Santé Canada 54

AVANT-PROPOS

Il n'existe pour l'heure aucune source de statistiques nationales qui soit fiable et exhaustive sur la nature et l'importance des cas de maltraitance et de négligence envers les enfants au Canada. Privés de statistiques, les décideurs et les concepteurs de programmes n'ont donc pas les moyens de savoir si les interventions et les services actuellement offerts aux enfants et à leurs familles permettent bel et bien de prévenir la maltraitance et de soulager les souffrances de ceux qui en sont victimes. Des initiatives ont donc été prises pour remédier à ce manque d'information. Entre 1987 et 1993, un groupe de travail fédéral/provincial/territorial a en effet compilé un recueil de données descriptives sur les services à l'enfance et à la famille provinciaux et territoriaux. Ce groupe de travail a réuni des données générales fort utiles, mais n'a pas pu brosser un tableau national de l'ampleur et des caractéristiques de la maltraitance et de la négligence en raison des différentes méthodes de collecte de données employées par les provinces et les territoires. L'*Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants* (ECI) est la première initiative pancanadienne visant à combler cette lacune au moyen d'un ensemble commun de définitions.

Quelle satisfaction d'avoir pris part à l'ECI depuis ses débuts! Beaucoup d'événements se sont succédés depuis 1995, date à laquelle la Division de la prévention de la violence familiale de Santé Canada a financé la Ligue pour le bien-être de l'enfance du Canada afin que celle-ci constitue un groupe d'experts investi du mandat de déterminer, au moyen d'une étude de faisabilité, s'il était possible d'entreprendre une étude canadienne sur l'incidence des signalements de mauvais traitements envers les enfants. Des chercheurs, des directeurs de services de protection de l'enfance et plusieurs autres professionnels ont donc été consultés. Ceux-ci ont vivement recommandé qu'une étude soit entreprise sur les cas de maltraitance des enfants signalés aux agences de protection de l'enfance. Santé Canada, après avoir examiné le rapport de faisabilité, a accepté de financer l'étude. Un Comité consultatif national a été créé dans le but de prodiguer conseils et recommandations à mesure que l'étude prenait forme. Ce comité s'est également mis à l'écoute des jeunes, en leur demandant d'exprimer leur point de vue sur la maltraitance.

L'ECI a su retenir l'intérêt de chaque province et territoire et gagner leur appui. Elle résulte également d'un effort concerté aussi unique qu'extraordinaire de la part des chercheurs, des universités, des spécialistes de la protection de l'enfance et des gouvernements fédéral/provinciaux/territoriaux. Des centaines de personnes y ont pris part. Ses résultats nous fourniront une meilleure connaissance des caractéristiques des enfants et des circonstances familiales susceptibles d'accroître les risques de maltraitance. Nous disposerons également d'un plus grand nombre de données sur les réponses communautaires à la maltraitance, que nous pourrons exploiter en vue de sensibiliser les communautés à la nécessité de déployer de plus grands efforts de prévention et de prévoir des interventions mieux ciblées.

Je suis particulièrement reconnaissante à tous ceux et celles qui ont pris part à cette étude. J'aimerais notamment remercier la D^re^ Catherine McCourt du Bureau de la santé génésique et de la santé de l'enfant pour son leadership, le D^r^ Nico Trocmé et son équipe de chercheurs pour leur persévérance et leur dévouement vis-à-vis de l'excellence scientifique, M. Gordon Phaneuf et le personnel de la Division de la violence envers les enfants pour avoir pris fait et cause pour cette étude et avoir su la gérer, ainsi que les membres du Comité consultatif national qui ont consacré d'innombrables heures à ce

projet en dépit d'une charge de travail personnelle déjà très lourde. Enfin, je suis infiniment reconnaissante aux jeunes participants des groupes de discussion. Témoins vivants de la raison d'être de cette étude, ils nous ont rappelés à chaque instant combien il importait de trouver les moyens de protéger les enfants et de prévenir la maltraitance.

Sandra Scarth
Présidente
Comité consultatif national, Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants

INTRODUCTION

L'*Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants* (ECI) est la première étude nationale portant sur l'incidence des mauvais traitements infligés aux enfants, signalés aux services canadiens de protection de l'enfance et enquêtés par ces derniers. Le présent rapport, *Maltraitance des enfants au Canada : Résultats choisis de l'ECI*, fournit une analyse descriptive des conclusions de l'étude du point de vue d'un sous-ensemble de l'ensemble de données de l'ECI, à savoir les enquêtes sur les cas de mauvais traitements qui ont été corroborés. L'ensemble complet de données, au nombre desquelles figurent les données sur les enquêtes menées par les services de protection de l'enfance sur les mauvais traitements présumés ou non corroborés, font l'objet d'une description détaillée dans le rapport intitulé *Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants : Rapport final*[2].

Contexte

Depuis le milieu des années 80, plusieurs voix se sont élevées pour que soit mieux documentée l'importance des cas de violence envers les enfants au Canada. Badgley[3] et Rix Rogers[4], entre autres, ont formulé un certain nombre de recommandations à ce chapitre. Tous deux estimaient que l'obtention de données fiables et précises sur l'occurrence des mauvais traitements devait faire partie intégrante des connaissances qu'il fallait acquérir en vue de mettre au point des stratégies de prévention et d'intervention. Le Congrès mondial contre l'exploitation sexuelle des enfants à des fins commerciales[5] de Stockholm a, pour sa part, appelé tous les pays du monde à améliorer la manière dont ils réunissaient des données sur cet aspect de l'abus sexuel à l'égard des enfants.

En 1996, le Bureau de la santé génésique et de la santé de l'enfant,

« Renseigner les gens sur ce qu'est la maltraitance. Renseigner les gens sur ce qu'ils peuvent faire pour obtenir de l'aide. Pour discipliner un enfant, il n'est pas nécessaire de le frapper. Je crois que c'est quelque chose qu'il faut savoir et mettre en pratique car il y a d'autres moyens. »

[TRADUCTION]

Jeune participant à un groupe de discussion sur les stratégies de prévention[1]

---

1 Charles G. *Youth focus group on child abuse and neglect*. Ottawa : Santé Canada, Rapport non publié, 2000.

2 Trocmé N, MacLaurin B, et coll. *Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants : Rapport final*. Ottawa (Ontario) : Ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2001.

3 Badgley R. *Rapport du Comité sur les infractions sexuelles à l'égard des enfants et des jeunes*. Ottawa : Approvisionnements et Services Canada, 1984.

4 Conseiller spécial auprès du ministre en matière d'agressions sexuelles des enfants. *À la recherche de solutions : rapport du conseiller spécial auprès du ministre de la Santé et du Bien-être social en matière d'agressions sexuelles des enfants au Canada*. Ottawa : Approvisionnements et Services Canada, 1990.

5 Muntarbhorn V. *Rapport du rapporteur général. Stockholm : Congrès mondial contre l'exploitation sexuelle des enfants à des fins commerciales*. Stockholm : Congrès mondial contre l'exploitation sexuelle des enfants à des fins commerciales, 1996.

de l'ancien Laboratoire de lutte contre la maladie de Santé Canada, a créé la Division de la violence envers les enfants, organe national de surveillance et d'épidémiologie des cas de violence et de négligence envers les enfants. Il s'agissait pour le Ministère d'une initiative importante destinée, d'une part, à combler les lacunes actuelles et, d'autre part, à compléter les programmes du Bureau au chapitre des blessures involontaires et de la santé périnatale. La première initiative de la Division de la violence envers les enfants a été de proposer la tenue d'une étude nationale périodique des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants, fondée sur l'étude de faisabilité entreprise en 1995 pour le compte de la Division de la prévention de la violence familiale de Santé Canada[6]. Les consultations ministérielles menées avec des responsables provinciaux/territoriaux, des représentants d'autres ministères et organismes du gouvernement fédéral, des responsables autochtones de la protection de l'enfance et des représentants du secteur non gouvernemental ont confirmé l'intérêt unanime que suscitait cette étude nationale.

En 1997, un groupe de chercheurs dirigé par le Dr Nico Trocmé, directeur de la Bell Canada Child Welfare Research Unit à la Faculté de travail social de l'Université de Toronto, a été constitué en vertu d'un contrat conclu avec Santé Canada et investi du mandat d'entreprendre l'Étude sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants (ECI) (voir annexe A, directeurs des centres/attachés de recherche de l'ECI). Quatre provinces (Colombie-Britannique, Ontario, Québec[7] et Terre-Neuve) ont versé des fonds supplémentaires afin d'étoffer la collecte de données sur leur territoire. La Division de la violence envers les enfants a créé un Comité consultatif national pluridisciplinaire responsable de l'étude, composé de spécialistes issus de nombreuses disciplines au nombre desquelles figurent la santé publique, la défense des enfants, la protection de l'enfance, y compris la protection de l'enfance autochtone, la santé mentale infantile, le travail social et la médecine légale. Le Comité consultatif national a créé pour sa part quatre groupes de travail (recrutement des centres, instrument/définitions, échantillonnage et participation des jeunes) afin d'étayer certains aspects particuliers de l'étude (voir annexe B, liste des membres du Comité consultatif national).

Place de l'ECI dans la surveillance de la santé infantile

La surveillance de la santé est un système ininterrompu de collecte et d'analyse de données et d'établissement de rapports. La figure 1 illustre le cycle de la surveillance et s'inspire du cadre conceptuel décrit par le Dr Brian McCarthy des Centers for Disease Control and Prevention à Atlanta (Georgie)[8]. La surveillance de la santé permet d'obtenir des données sur les tendances et les caractéristiques des déterminants de la santé (facteurs de protection et facteurs de risque) et des résultats sur le plan de la santé, ainsi que sur leurs disparités.

La surveillance nationale de la santé infantile fournit les données nécessaires à l'établissement de priorités et à l'élaboration, à la mise en oeuvre et à l'évaluation de programmes et de politiques. Elle nous met en garde contre les

[6] Trocmé N, Michalski J et coll. *Canadian incidence study of reported child maltreatment: methodology and feasibility review.* Toronto : Université de Toronto, Centre for Applied Social Research, Faculty of Social Work, 1995.

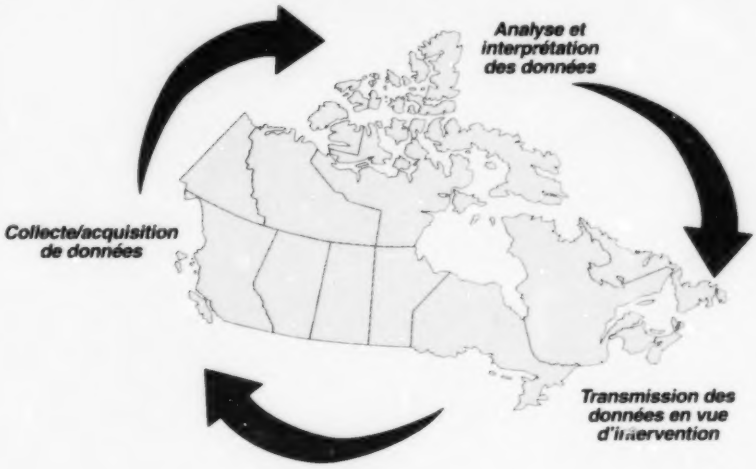
[7] Au Québec, l'ECI a été harmonisée avec l'EIQ, menée en parallèle. Il s'agit de l'Étude sur l'incidence et les caractéristiques des situations d'abus, de négligence, d'abandon et de troubles de comportement sérieux signalées à la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) au Québec (EIQ). Pour plus de renseignements, voir le Rapport final de l'ECI.

[8] McCarthy B. The risk approach revisited: a critical review of developing country experience and its use in health planning. Dans : Liljestrand J, Povey WG, éditeurs. *Maternal health care in an international perspective.* Proceedings of the XXII Berzelius Symposium, 1991 27-29 mai, Stockholm, Suède : Uppsala University, 1992, 107-24.

dangers nouveaux ou émergents qui menacent la santé des enfants canadiens et nous permet de surveiller les progrès accomplis dans la lutte menée contre ces dangers. La surveillance de la santé infantile au niveau national nous permet également de participer aux efforts internationaux consacrés à la surveillance de la santé infantile, de mieux comprendre les disparités qui caractérisent les résultats sur le plan de la santé au Canada et dans le monde et de trouver des solutions. La surveillance permet également de déterminer les priorités de la recherche dans le domaine de la santé infantile et nous aide à évaluer la capacité d'exploitation de la recherche.

L'ECI constitue donc la base d'un programme de surveillance de la maltraitance des enfants qui s'inscrit dans le cadre d'un système complet de surveillance de la santé infantile à l'échelle nationale. On répétera l'ECI à intervalles réguliers de manière à pouvoir analyser les tendances en la matière et évaluer les effets des politiques et des programmes. Cette étude sera accompagnée d'autres activités de surveillance de la maltraitance, comme la surveillance de la mortalité infantile due à la violence.

Figure 1
Surveillance de la santé infantile à l'échelle nationale



Adapté des CDC

La méthodologie adoptée par l'ECI tient compte du concept des déterminants de la santé, à savoir que l'état de santé dépend de nombreux facteurs et notamment de l'environnement physique et social, des comportements et des services cliniques[9]. Pour surveiller les cas de violence et de négligence envers les enfants, il faut opter pour une telle démarche. Le document intitulé *Un cadre conceptuel et épidémiologique de la surveillance de l'enfance maltraitée*[10] en fournit une description détaillée.

Conclusion

Nous nous attendons à ce que ce rapport retienne l'attention de et soit exploité par un vaste éventail de personnes concernées par les questions relatives aux enfants. Ces personnes sont les décideurs des politiques sociales et sanitaires, les professionnels de la santé, des services sociaux, de la justice et de l'application de la loi, ceux qui défendent les droits des enfants, les représentants d'organisations non gouvernementales, les chercheurs ainsi que tous les citoyens qui se préoccupent de la violence et de la négligence envers les enfants.

[9] Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population. *Stratégies pour la santé de la population : Investir dans la santé des Canadiens.* Ottawa : Approvisionnements et Services Canada, 1994.

[10] Santé Canada. *Un cadre conceptuel et épidémiologique de la surveillance de l'enfance maltraitée.* Ottawa : Ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, sous presse.

Le présent document et le document qui l'accompagne, intitulé *Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants : Rapport final*, fournissent des statistiques descriptives tirées de l'ensemble des données de l'ECI. Les méthodes de l'ECI et partant, les données qu'elle a permis de recueillir, comportent des limites qui sont clairement énoncées dans les deux rapports. Les données de l'ECI fourniront l'occasion de pousser plus loin les analyses pour mieux comprendre l'ampleur et les caractéristiques de la maltraitance des enfants ainsi que les facteurs de risque et les facteurs de protection qui s'y rattachent. Le Dr Trocmé et ses collègues proposent dans le *Rapport final* un certain nombre de priorités à analyser plus en profondeur.

L'ECI témoigne de l'importance et de l'intérêt de l'interdisciplinarité et de la concertation. Au nom de Santé Canada, nous remercions de leur contribution les membres de l'équipe de recherche, le Comité consultatif national, les directeurs provinciaux et territoriaux des services de protection de l'enfance et leurs administrateurs, ainsi que les centaines de travailleurs de la protection de l'enfance d'un bout à l'autre du pays qui ont fourni les données de cette étude. À tous nous adressons nos remerciements les plus sincères!

Gordon Phaneuf
Sharon Bartholomew
Lil Tonmyr
Kathleen Moss
Catherine McCourt

Division de la violence envers les enfants et Bureau de la santé génésique et de la santé de l'enfant
Centre de développement de la santé humaine
Direction générale de la santé de la population et de la santé publique
Santé Canada

1. APERÇU ET MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE

Les efforts concertés déployés pour cerner les causes et les conséquences de la maltraitance des enfants ont permis d'étoffer sensiblement les connaissances et les ressources en la matière, tout en éclairant d'un jour nouveau la nature complexe de ce problème et en révélant des aspects jusque là inconnus. Il est aujourd'hui largement admis, par exemple, que la maltraitance des enfants revêt des dimensions sociétales, culturelles et socio-économiques et englobe également les facteurs qui touchent de très près à l'univers social des enfants, à savoir les rapports parents-enfants et la famille.

Le présent rapport met l'accent sur les principales conclusions descriptives de l'*Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants* (ECI). L'ECI est la première étude nationale portant sur l'incidence des signalements de mauvais traitements infligés aux enfants et sur les caractéristiques des enfants et des familles ayant fait l'objet d'une enquête de la part des services canadiens de protection de l'enfance. Les estimations présentées dans ce rapport s'appuient sur un sondage, auquel ont participé des travailleurs de la protection de l'enfance, effectué sur un échantillon représentatif de 7 672 cas enquêtés de maltraitance.

Ce chapitre expose la raison d'être, les objectifs et la méthodologie de l'étude ainsi que l'angle sous lequel ce rapport a été rédigé. Le lecteur est prié de se reporter à l'*Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants : Rapport final* pour plus de renseignements sur l'étude, une description exhaustive de sa méthodologie et des conclusions plus détaillées.

Contexte et objectifs

Il n'existe pour le moment aucune source de données nationale exhaustive sur les enfants et les familles faisant l'objet d'enquêtes pour maltraitance ou négligence présumée. Au Canada, la plupart des statistiques dans ce domaine sont compilées à l'échelle provinciale ou territoriale. En raison de différences à la fois dans les définitions des mauvais traitements et dans les méthodes de dénombrement des cas, il est impossible d'agréger les statistiques provinciales et territoriales. L'absence de données nationales a eu pour effet de priver les pouvoirs publics et les fournisseurs de services sociaux des moyens qui leur auraient permis d'élaborer des politiques et programmes nationaux et régionaux capables de répondre efficacement aux besoins des enfants maltraités. Par ailleurs, des données nationales sont nécessaires pour bien interpréter les conclusions des recherches canadiennes et étrangères sur la maltraitance des enfants.

Conscient de la nécessité de disposer de données nationales de meilleure qualité sur la maltraitance des enfants, Santé Canada, par le biais de la Division de la violence envers les enfants du Bureau de la santé génésique et de la santé de l'enfant, a financé une étude nationale sur l'incidence des mauvais traitements : l'ECI. Quatre provinces ont versé des fonds supplémentaires pour étoffer la collecte des données dans leurs propres territoires.

L'ECI a sélectionné un échantillon représentatif de bureaux canadiens de protection de l'enfance et utilisé un formulaire de collecte des données standardisé pour recueillir directement auprès des enquêteurs de la protection de l'enfance des renseignements sur les enfants et les familles enquêtés. L'objectif principal de l'étude était de fournir des estimations fiables sur l'ampleur et les caractéristiques des cas signalés de violence et de négligence envers les enfants au Canada. Plus particulièrement, l'étude visait à :

- examiner la fréquence des cas de violence physique, d'abus sexuel, de négligence et de violence psychologique ainsi

que les multiples formes de mauvais traitements signalés aux services de protection de l'enfance et enquêtés par ces derniers;

- examiner la gravité des mauvais traitements selon la chronicité et la preuve de sévices/risques;
- examiner certains déterminants de la santé pour les enfants et les familles ayant fait l'objet d'une enquête;
- surveiller les issues des enquêtes à court terme, y compris les taux de corroboration, le placement des enfants, le recours aux tribunaux de la jeunesse et les poursuites au criminel.

On a donné à l'ECI une portée nationale et on l'a conçue pour s'assurer la collaboration de tous les gouvernements provinciaux et territoriaux. Les résultats serviront à déterminer la répartition des ressources nécessaires pour prévenir la maltraitance et y réagir, à mieux comprendre les liens entre la maltraitance des enfants et les déterminants de la santé et à approfondir les recherches dans ce domaine.

Objet du présent rapport

Ce rapport, intitulé *Maltraitance des enfants au Canada : Résultats choisis de l'ECI*, présente les principales conclusions descriptives[11] de l'ECI. Les estimations nationales s'appuient sur un échantillon principal de 7 672 enquêtes sur la maltraitance des enfants, tiré d'une population statistique totale de 135 573 enquêtes. Ces enquêtes ont été effectuées par les services de protection de l'enfance en 1998.

Ce document est moins détaillé que le *Rapport final de l'ECI*; il est donc plus facile d'interpréter les principales conclusions et les descriptions des mauvais traitements infligés aux enfants. Le rapport se limite exclusivement aux cas corroborés, plutôt que de fournir des données sur toutes les enquêtes (une description des trois degrés de corroboration — cas présumés, cas corroborés et cas non corroborés — figure à la section suivante)[12]. Quoique très prudente, l'analyse des cas corroborés seulement fournit une comparaison plus standard qui permet de tirer des conclusions sur les caractéristiques et les résultats de la maltraitance des enfants. Les lecteurs qui souhaitent obtenir des renseignements sur tous les signalements de mauvais traitements ayant fait l'objet d'une enquête sont priés de se reporter au *Rapport final de l'ECI*.

Ce rapport s'inspire également du *Cadre conceptuel et épidémiologique de la surveillance de l'enfance maltraitée*, conçu en concertation avec l'ECI pour aider Santé Canada à surveiller les facteurs clés intervenant dans l'incidence et la prévalence de la maltraitance[13]. Ce cadre conceptuel recense les facteurs de surveillance clés à chaque niveau de la santé de la population : individuel (incluant adultes et enfants), familial, communautaire et social. Ces facteurs reflètent les principaux déterminants de la santé sous l'angle de la maltraitance des enfants.

Cadre définitionnel de l'ECI

Les statistiques sur la violence et la négligence envers les enfants sont rassemblées de différentes

---

[11] Les conclusions descriptives n'englobent pas les analyses statistiques des différences entre les sous-groupes.

[12] La formule suivante a été appliquée aux données du *Rapport final* dans le but d'établir le sous-échantillon de cas corroborés nécessaire à la rédaction de ce rapport : (a) l'estimation brute de chaque colonne d'un tableau donné a été multipliée par le pourcentage de cas corroborés; si l'estimation brute était trop basse pour permettre une ventilation par degré de corroboration, c'est le taux de corroboration global qui a été retenu (violence physique, 34 %; abus sexuel, 38 %; négligence, 43 %; violence psychologique, 54 %); (b) cette nouvelle estimation brute des cas corroborés a été ajoutée aux rangs de chaque tableau pour obtenir un chiffre total pour chacune des colonnes et rangs; (c) de nouveaux pourcentages ont été calculés pour chaque variable, compte tenu des estimations brutes rajustées des cas corroborés pour les quatre catégories de mauvais traitements.

[13] Santé Canada. *Un cadre conceptuel et épidémiologique de la surveillance de l'enfance maltraitée*. Ottawa : Ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, sous presse.

manières et présentées sous différentes formes[14]. Il peut être difficile de s'y retrouver, tant les méthodes de calcul de certaines statistiques diffèrent. Les explications et le cadre qui suivent ont pour but d'aider le lecteur à interpréter les statistiques présentées dans ce rapport.

La définition que l'ECI donne de la maltraitance des enfants englobe *22 formes de mauvais traitements* regroupées dans quatre catégories : violence physique, abus sexuel, négligence et violence psychologique. Cette classification témoigne d'une définition relativement large de la maltraitance des enfants et englobe des formes qui ne sont pas spécifiquement visées dans certaines lois provinciales et territoriales en matière de protection de l'enfance (comme la négligence sur le plan de l'éducation et l'exposition à la violence familiale).

Les 22 formes de mauvais traitements recensées par l'ECI sont définies dans les sections détaillées consacrées aux quatre catégories de mauvais traitements, au chapitre 2.

Après chaque enquête faisant suite au signalement de mauvais traitements envers un enfant, le travailleur devait évaluer l'issue de l'enquête selon trois degrés de corroboration : cas non corroboré, cas présumé et cas corroboré. La définition de la corroboration est la suivante :

> Un cas est corroboré si, de l'avis du travailleur, la prépondérance de la preuve indique qu'il y a eu effectivement mauvais traitement ou négligence. Ce terme est synonyme de « vérifié » ou de « confirmé » qui sont employés dans quelques provinces et territoires.
>
> Un cas est présumé si la preuve recueillie est insuffisante pour corroborer les mauvais traitements, mais qu'il subsiste un doute quant à leur existence.
>
> Un cas est non corroboré si la preuve est suffisante pour conclure que l'enfant n'a pas été maltraité.

Un cas non corroboré ne signifie pas que le signalement était malveillant ou inapproprié; cela veut simplement dire que le travailleur enquêteur a déterminé que l'enfant n'a pas été maltraité (pour des renseignements complémentaires, voir la section Signalements malveillants du *Rapport final de l'ECI*).

Méthodologie

L'ECI est la première étude nationale portant sur l'incidence des cas signalés de violence et de négligence envers les enfants au Canada. Elle a rassemblé des données sur les enfants et les familles qui sont entrés en contact avec les services de protection de l'enfance pendant une période d'échantillonnage de 3 mois, du 1er octobre au 31 décembre 1998. Les enfants maltraités qui n'ont pas été signalés aux services de protection de l'enfance, les signalements rejetés avant enquête et les nouvelles allégations concernant des cas qui avaient déjà donné lieu à l'ouverture d'un dossier au moment de la collecte des données n'ont pas été pris en compte par l'ECI.

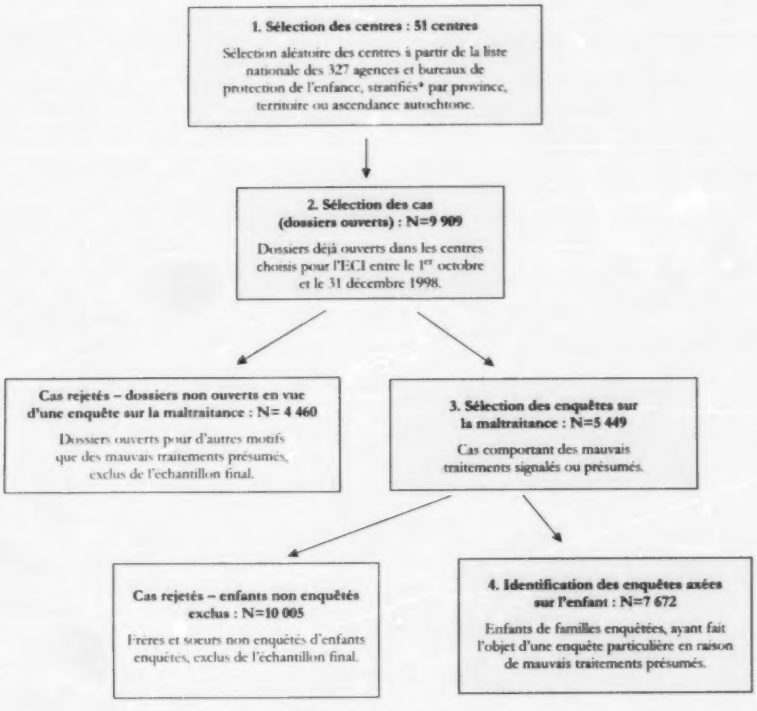
Échantillonnage

Un échantillonnage à plusieurs degrés a été utilisé, d'une part pour sélectionner un échantillon représentatif de bureaux de protection de l'enfance au Canada et, d'autre part, pour échantillonner les cas au sein de ces bureaux. Les données ont été recueillies directement auprès des travailleurs enquêteurs des services de protection de l'enfance. Cinquante et un centres ont été sélectionnés sur un bassin de 327 secteurs de services de protection de l'enfance au Canada (figure 1-1). Cinq centres ont refusé de participer en raison de circonstances particulières et cinq centres de remplacement ont été sélectionnés au hasard dans le bassin restant.

Tous les centres sauf quatre ont été sélectionnés au hasard à partir

[14] Trocmé ND, McPhee D et coll. *Ontario incidence study of reported child abuse and neglect*. Toronto : Institut pour la prévention de l'enfance maltraitée, 1994.

Figure 1-1
Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants : Degrés d'échantillonnage en 1998



* Les secteurs de services de protection de l'enfance ont été stratifiés davantage selon la région et/ou la taille à Terre-Neuve, au Québec, en Ontario et en Colombie-Britannique.

de leurs strates respectives. L'un des trois centres autochtones s'est joint à l'étude après la constitution de l'échantillon initial. Les trois centres des territoires du Nord ont été sélectionnés en fonction de leur accessibilité et du volume de cas escompté. Au total, ces centres ont fourni des données sur 7 672 enquêtes à partir desquelles on a calculé les estimations nationales du taux annuel des mauvais traitements faisant l'objet d'enquêtes au Canada et de leurs caractéristiques.

Consultation nationale

Des consultations de grande envergure avec des responsables et professionnels de la protection de l'enfance au niveau provincial/territorial, issus d'un éventail de disciplines, ont été entreprises par Santé Canada en vue de recueillir des commentaires sur l'étude et d'obtenir leur appui. La Division de la violence envers les enfants a constitué un Comité consultatif national pluridisciplinaire formé de représentants de la santé publique, de la défense des droits des enfants, de la protection de l'enfance (et de la protection de l'enfance autochtone), de la santé mentale infantile, du travail social et de la médecine légale. Les membres du comité ont joué un rôle prépondérant dans la conception et la mise en oeuvre de l'étude en prenant part à plusieurs de ses volets essentiels, notamment au recrutement des centres participants, à la mise au point de l'instrument de collecte des données et à l'organisation de groupes de discussion avec des jeunes en vue de recueillir leur point de vue.

Formulaire d'évaluation

Le principal instrument de collecte des données utilisé pour l'étude était le Formulaire d'évaluation des mauvais traitements rempli par le principal travailleur enquêteur une fois l'enquête terminée. Ce formulaire se compose d'une Feuille de renseignements préliminaires, d'une Feuille de renseignements sur le ménage et d'une Feuille de renseignements sur l'enfant.

Les données de base sur le signalement ainsi que l'information sur l'enfant ou les enfants concernés ont été recueillies sur la Feuille de renseignements préliminaires. Sur

cette feuille, on demandait : la date du signalement, la source du signalement, le nombre d'enfants de moins de 19 ans vivant dans le ménage, l'âge et le sexe des enfants, si les mauvais traitements étaient présumés ou allégués, si le cas avait été rejeté, le code postal de la famille et le motif du signalement ou du rejet. Aucun renseignement permettant d'identifier directement des particuliers n'a été recueilli. Si la violence ou la négligence était présumée par la (les) personne(s) faisant le signalement ou par le travailleur enquêteur à quelque moment que ce soit de l'enquête, le reste du formulaire devait alors être rempli[15].

La Feuille de renseignements sur le ménage ne devait être remplie que lorsque au moins un des enfants de la famille faisait l'objet d'une enquête pour mauvais traitements. Par « ménage », on entendait tous les adultes vivant à l'adresse visée par l'enquête. Cette feuille permettait de recueillir des renseignements détaillés sur au plus deux personnes s'occupant de l'enfant, y compris leur lien avec l'enfant, leur sexe, leur âge, la source et leur niveau de revenu, leur niveau d'instruction, leur origine ethnoculturelle, de même que des renseignements sur divers déterminants de la santé. On demandait aussi sur cette feuille des renseignements descriptifs sur le contact avec la personne prenant soin de l'enfant, les mauvais traitements subis ou non par cette personne dans son enfance, les autres adultes faisant partie du ménage, le logement, le fonctionnement de la personne prenant soin de l'enfant, le statut du cas, et l'orientation vers d'autres services.

La Feuille de renseignements sur l'enfant devait être remplie pour chaque enfant faisant l'objet d'une enquête. Celle-ci permettait de documenter jusqu'à trois formes différentes de mauvais traitements en précisant leur degré de corroboration, l'auteur (les auteurs) présumé(s) et la durée des mauvais traitements. Les travailleurs ont été invités à indiquer la forme de mauvais traitement qui caractérisait le mieux l'enquête (catégorie principale). De plus, cette feuille permettait de réunir des données sur le fonctionnement de l'enfant, les sévices physiques et psychologiques (attribuables aux mauvais traitements présumés), le recours au tribunal de la jeunesse, le placement, l'intervention policière et la réaction de la personne prenant soin de l'enfant aux abus sexuels présumés ou corroborés.

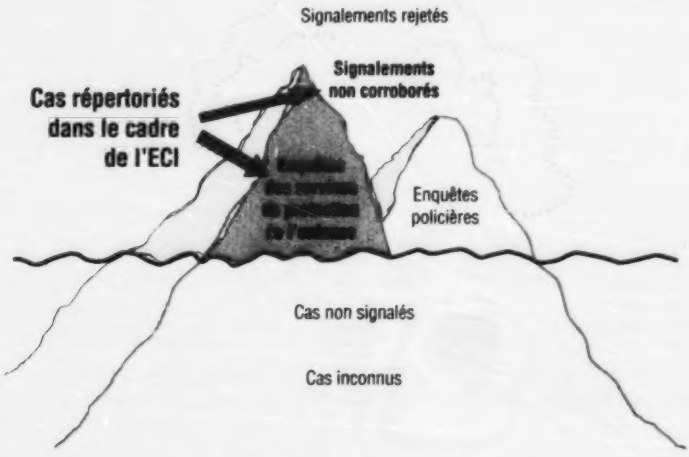
L'un des grands problèmes à surmonter dans le cadre de l'étude a été le fait que les provinces et les territoires ne définissent pas tous les mauvais traitements de la même façon. Plutôt que de s'en tenir à des définitions juridiques ou administratives bien spécifiques, l'équipe a opté pour un ensemble de définitions correspondant aux systèmes de classification courants dans le domaine de la recherche. Toutes les questions des formulaires de collecte des données étaient définies dans un document d'accompagnement : le Guide pratique de l'ECI.

Portée et limites

Il est important d'insister sur le fait que l'ECI est une étude sur les mauvais traitements *signalés* aux services de protection de l'enfance et *enquêtés* par ces derniers au Canada. Les signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants qui ont été rejetés (c.-à-d. non enquêtés) par les services de protection de l'enfance n'ont pas été pris en compte dans cette étude, pas plus que les mauvais traitements signalés uniquement à la police. Les cas de violence et de négligence envers des enfants portés à l'attention d'autres professionnels mais non signalés à des services de protection de

[15] Le Guide pratique de l'ECI et les séances de formation insistaient sur le fait que les travailleurs devaient répondre à ces questions en se fondant sur leur expertise clinique plutôt qu'en transposant simplement l'information recueillie en fonction de normes d'enquête provinciales ou locales. Le Guide pratique précise ce qui suit : « Indiquez quels enfants ont fait l'objet d'une enquête des services de protection de l'enfance. Compte tenu de la diversité des définitions et des pratiques en vigueur au Canada, fiez-vous à votre jugement clinique pour identifier les cas où l'existence de mauvais traitements a effectivement été présumée. »

Figure 1-2
Portée de l'ECI*



* Adaptation de Trocmé N, McPhee D et coll. (1994). *Étude d'incidence de l'Ontario sur les cas déclarés de violence et de négligence envers les enfants*. Toronto (Ont.) : Institut pour la prévention de l'enfance maltraitée; et, Sedlak AJ, Broadhurst DD (1996). *Executive summary of the third national incidence study of child abuse and neglect*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services.

Source : Rapport final de l'ECI

l'enfance ne sont pas non plus comptabilisés par l'ECI. Enfin, l'ECI ne tient pas compte des mauvais traitements non identifiés, c.-à-d. des cas pour lesquels la situation de l'enfant n'est pas connue de la communauté, de ses structures et de ses services. La figure 1-2 illustre la portée de l'ECI par rapport à l'occurrence des mauvais traitements infligés aux enfants au Canada.

Compte tenu de la portée de l'ECI, l'étude a des limites dont le lecteur doit être conscient. Premièrement, alors que le signalement des mauvais traitements est une obligation légale dans toutes les provinces et tous les territoires, il est néanmoins fonction de différents niveaux de prise de conscience communautaire, de biais associés au signalement et de la formation des professionnels. En effet, dans les communautés qui ont déployé des efforts en vue de sensibiliser le public à la maltraitance des enfants et où les corps professionnels ont élaboré une formation spécifique et des protocoles de sensibilisation à l'intention des étudiants et des praticiens, les signalements sont vraisemblablement plus nombreux que dans les communautés où ce genre d'initiatives n'ont pas été prises. Faute d'initiatives de ce type, les professionnels et les non-professionnels sont souvent moins portés à signaler les cas présumés de mauvais traitements pour lesquels il n'y a pas de blessures physiques manifestes ni de preuves tangibles (tels que les cas de négligence et de violence psychologique). Même si la majorité des professionnels signalent sans hésitation les cas présumés de mauvais traitements, certains d'entre eux semblent moins susceptibles de le faire à cause de leurs expériences antérieures avec le système ou parce qu'ils pensent pouvoir trouver une solution qui tiendra mieux compte de l'intérêt véritable de l'enfant[16].

Deuxièmement, les données recueillies pour l'ECI ont été pondérées dans le but de calculer des estimations sur l'incidence annuelle nationale. Les coefficients d'annualisation sont tirés du rapport entre le nombre de cas échantillonnés pendant une période de 3 mois (du 1er octobre au 31 décembre 1998) et le nombre total de cas ayant donné lieu à l'ouverture d'un dossier dans chaque centre en 1998 (voir le *Rapport final* de l'ECI pour plus de renseignements à ce sujet). Alors que cette méthode d'annualisation fournit des estimations précises du volume global, elle ne rend pas compte des différences qualitatives

[16] Loo SK, Bala NMC, Clark ME, Hornick JP. *Violence à l'égard des enfants : Signalement et classification des cas dans les établissements de soins de santé*. Ottawa : Santé Canada, 1998.

dans les types de cas signalés à différents moments de l'année. Ainsi, certaines formes de mauvais traitements extrêmement graves mais rares, comme les décès d'enfants dus à de la violence ou à de la négligence, peuvent s'en trouver sous-estimées.

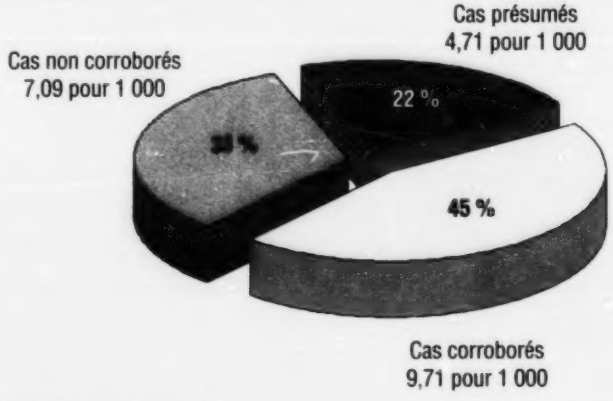
Troisièmement, l'ECI fournit des estimations sur le nombre d'*enquêtes* sur la maltraitance des enfants plutôt que sur le nombre d'enfants maltraités. L'unité d'observation est l'enquête axée sur l'enfant. Certaines enquêtes portent sur des enfants déjà enquêtés au cours de la même année. Alors que les enquêtes multiples portant sur un même enfant ont été exclues des données de l'échantillon de 3 mois de l'ECI, il n'a pas été possible d'en faire autant lors du calcul des estimations de l'incidence annuelle.

Enfin, l'échantillon n'est pas suffisamment vaste pour permettre des comparaisons interprovinciales/interterritoriales. Même si la méthode d'échantillonnage permet de calculer des estimations nationales fiables et valides sur les mauvais traitements infligés aux enfants (compte tenu des limites précisées dans ces pages et dont le *Rapport final de l'ECI* fournit une analyse plus détaillée), aucune tentative n'a été faite en vue de procéder à des comparaisons entre les différentes régions du pays.

2. MALTRAITANCE DES ENFANTS AU CANADA : INCIDENCE ET CARACTÉRISTIQUES

Ce chapitre présente des estimations du nombre d'enquêtes sur la maltraitance des enfants menées au Canada en 1998. Pour en faciliter la lecture, les données sont d'abord présentées en fonction du nombre total d'enquêtes ainsi que du taux d'incidence annuel calculé pour 1 000 enfants âgés de 0 à 15 ans. Ces chiffres renvoient aux enquêtes axées sur l'enfant mais non pas au nombre de familles enquêtées. Par conséquent, si plusieurs enfants d'une même famille ont chacun fait l'objet d'un signalement de violence ou de négligence, chaque enfant enquêté a été compté comme une enquête distincte. Les enquêtes sur les différentes catégories de mauvais traitements (violence physique, abus sexuel, négligence et violence psychologique) sont décrites en premier, puis elles sont suivies de renseignements sur les caractéristiques des cas corroborés.

Figure 2-1
Enquêtes sur la maltraitance des enfants par degré de corroboration



Source : Rapport final de l'ECI, tableau 3-1

Nombre total d'enquêtes axées sur l'enfant et taux globaux de corroboration

On évalue à 135 573 le nombre d'enquêtes sur la maltraitance des enfants menées au Canada en 1998. Ce chiffre correspond à un taux d'incidence estimatif de 21,52 enquêtes pour 1 000 enfants. Il est important de savoir toutefois que ce taux d'incidence inclut *toutes* les enquêtes sur la maltraitance des enfants, que les cas aient été corroborés ou non.

La figure 2-1 révèle que près de la moitié (45 %) de ces signalements ont été corroborés par le travailleur enquêteur. Les autres enquêtes n'ont pas permis de recueillir suffisamment de renseignements pour corroborer le signalement, mais le travailleur continuait de soupçonner qu'il y avait eu mauvais traitements (22 %) ou avait déterminé, sur la base des résultats de l'enquête, que l'enfant n'avait pas été maltraité (33 %). Sur un chiffre estimatif de 21,52 enquêtes pour 1 000 enfants au Canada en 1998, on estime à 9,71 pour 1 000 enfants l'incidence des cas qui ont été corroborés, à 4,71 pour 1 000 enfants l'incidence des cas qui demeuraient présumés et à 7,09 pour 1 000 enfants l'incidence des cas qui n'ont pas été corroborés.

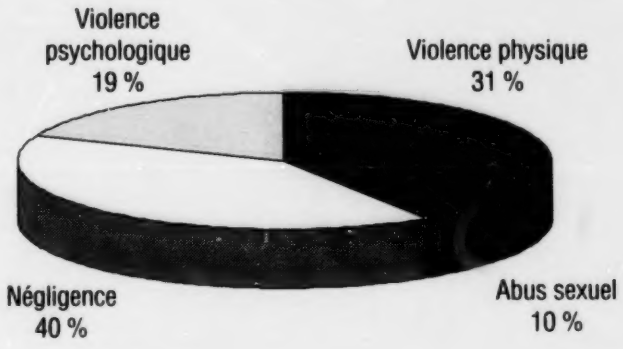
Catégories de mauvais traitements

Le principal motif d'enquête pour les cas de maltraitance d'enfants est indiqué à la figure 2-2. La négligence est le motif le plus courant d'enquête (40 % de toutes les enquêtes), suivi par la violence physique (31 %), la violence psychologique (19 %) et l'abus sexuel (10 %). Le taux de corroboration des cas pour lesquels la violence psychologique était le principal motif d'enquête est le plus élevé des quatre catégories de mauvais traitements (54 % des cas sont corroborés), alors que pour les

trois autres catégories, les degrés de corroboration sont sensiblement les mêmes (violence physique : 34 %; abus sexuel : 38 %; négligence : 43 %).

Le taux d'incidence estimatif des signalements de cas corroborés pour lesquels la violence physique était le principal motif d'enquête s'est établi à 2,25 pour 1 000 enfants en 1998. On estime ce taux à 0,86 pour 1 000 enfants pour les cas corroborés où l'abus sexuel était le principal motif d'enquête et à 3,66 pour 1 000 enfants pour les cas corroborés où la négligence était le principal motif d'enquête cette année-là. Le taux d'incidence estimatif des signalements de cas corroborés où la violence psychologique était le principal motif d'enquête s'est établi à 2,20 pour 1 000 enfants en 1998. Ces quatre taux s'élèvent à 8,97 cas estimatifs pour 1 000 enfants pour lesquels le principal motif d'enquête a été corroboré. La différence entre le taux de 9,71 pour 1 000 (incidence globale des enquêtes portant sur des cas corroborés) et le taux de 8,97 pour 1 000 (soit 0,74 pour 1 000) correspond aux cas pour lesquels une autre forme de mauvais traitement que celle qui avait motivé l'enquête en premier lieu a été corroborée[17].

Figure 2-2
Principal motif d'enquête



Source : Rapport final de l'ECI, tableau 3–3

Passons maintenant aux cas corroborés portant sur des catégories bien précises de mauvais traitements et examinons les caractéristiques de chacun d'entre eux.

Violence physique

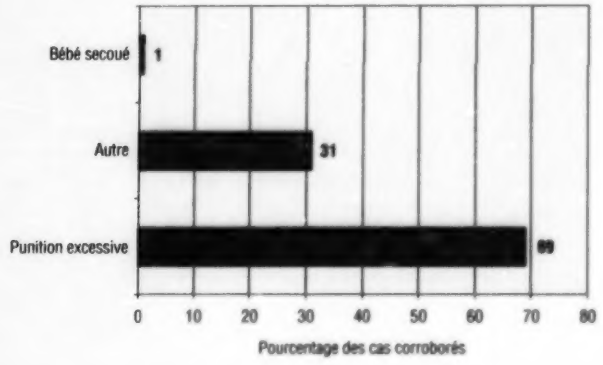
La violence physique est l'utilisation délibérée de la force contre n'importe quelle partie du corps de l'enfant, pouvant entraîner ou ayant entraîné une blessure non accidentelle. La violence physique peut revêtir plusieurs formes, comme le fait de frapper un enfant une seule fois, ou comporter une série d'incidents. La violence physique englobe également un certain nombre de comportements, comme secouer, étouffer, mordre, donner des coups de pied, brûler ou empoisonner un enfant, le maintenir sous l'eau, ou toute autre utilisation dangereuse ou nuisible de la force ou de la contrainte. La violence physique infligée aux enfants est généralement liée à un châtiment corporel ou assimilée à tort à la discipline qu'on impose aux enfants.

Pour les besoins de l'ECI, les cas de mauvais traitements enquêtés ont été classés dans la catégorie violence physique si l'enfant enquêté semblait avoir souffert ou était exposé à un risque élevé de sévices physiques entre les mains de l'auteur présumé. La catégorie violence physique regroupe trois sous-types ou formes de violence :

Syndrome du bébé secoué : Lésions au cerveau ou au cou

[17] La décision quant à la corroboration dépend de la forme de mauvais traitement faisant l'objet d'une enquête. Vu que les enquêtes peuvent comporter jusqu'à trois formes de mauvais traitement, certaines peuvent donner lieu à la corroboration d'une forme de mauvais traitement mais non à l'autre. Par exemple, un travailleur enquêteur peut conclure qu'un enfant n'a pas fait l'objet d'abus sexuel, mais qu'en revanche, il a sérieusement manqué de supervision, ce qui confirme qu'il y a eu négligence.

Figure 2-3
Formes de violence physique corroborées



À cause de multiples réponses, les pourcentages ne s'additionnent pas à 100 %.

Source : Rapport final de l'ECI, tableau 3–5

occasionnées par le fait que le bébé ait été secoué.

Punition excessive : Violence envers un enfant résultant d'une punition excessive (p. ex., le fait de frapper un enfant avec la main ou un objet) et ayant entraîné des sévices physiques ou exposé l'enfant à un risque élevé de sévices. On juge du caractère excessif d'une punition en se basant sur de nombreux facteurs, notamment la gravité des sévices ou des sévices potentiels, la force exercée, le type de punition par rapport à l'âge de l'enfant et la fréquence des punitions. Cette forme de mauvais traitements se distingue des « autres formes de violence physique » par le fait que, dans le cas de la première, l'acte de violence est commis dans le contexte d'une punition, alors que pour les autres formes, il n'existe pas de contexte punitif ou correctif clair.

Autre forme de violence physique : Toute autre forme d'agression physique infligée à un enfant, comme, par exemple, le fait de brûler intentionnellement un enfant ou de lui donner un coup de poing.

La figure 2-3 révèle que la majorité (69 %) des cas corroborés de violence physique concernent des punitions excessives, encore que d'autres formes plus graves de violence représentent près du tiers (31 %) des cas. Le syndrome du bébé secoué ne représente pour sa part qu'environ 1 % des cas corroborés.

Abus sexuel

Il y a abus sexuel lorsqu'un enfant est utilisé dans un but sexuel par un adulte ou un jeune. L'abus sexuel s'entend des comportements suivants : attouchements ou caresses des organes génitaux de l'enfant, relations sexuelles avec l'enfant, inceste, viol, sodomie, exhibitionnisme et exploitation commerciale par la prostitution ou la production de documents pornographiques.

L'ECI a répertorié sept formes ou sous-types d'abus sexuel allant de la relation sexuelle proprement dite au harcèlement sexuel. Si plus d'une forme d'abus sexuel était signalée pour un même incident, les travailleurs devaient identifier la forme la plus perturbatrice. L'ECI n'a documenté que les cas signalés aux services de protection de l'enfance et enquêtés par ces derniers; de nombreux cas d'abus sexuel ne mettant en cause ni les parents ni les proches de l'enfant sont en effet enquêtés uniquement par la police. Les services de protection de l'enfance n'interviennent généralement dans les cas d'abus sexuel extra-familiaux que s'ils s'inquiètent de l'aptitude des parents à protéger l'enfant.

Les sept formes d'abus sexuel répertoriées sont les suivantes :

Relation sexuelle : Relation sexuelle orale, vaginale ou anale.

Tentative d'avoir une relation sexuelle : Tentative d'avoir une relation sexuelle orale, vaginale ou anale.

Attouchements ou caresses des organes génitaux : Activité sexuelle consistant à toucher ou caresser les organes génitaux.

Exhibitionnisme : Activité sexuelle consistant en ce qu'un adulte exhibe ses organes génitaux devant un enfant.

Exploitation sexuelle (à des fins de prostitution ou de pornographie) : Situations dans lesquelles un adulte exploite sexuellement un

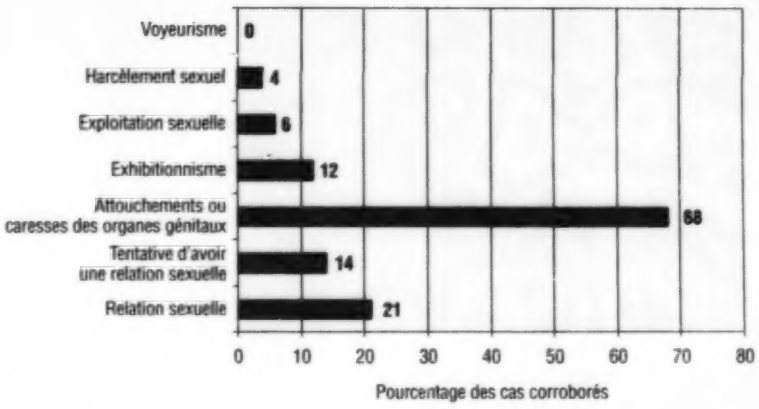
enfant en vue d'en tirer un profit ou un avantage.

Harcèlement sexuel : Proposition, encouragement ou suggestion de nature sexuelle.

Voyeurisme : Activités au cours desquelles un enfant est encouragé à s'exhiber dans le but de procurer une satisfaction sexuelle à l'auteur présumé. Lorsque le voyeurisme incluait des activités pornographiques, le code « Exploitation sexuelle/pornographie » était utilisé.

Comme le révèle la figure 2-4, la forme la plus courante d'abus sexuel consiste en les attouchements ou caresses des organes génitaux de l'enfant (68 % des cas). Les tentatives d'avoir une relation sexuelle ou les relations sexuelles proprement dites représentent à elles deux plus du tiers (35 %) de tous les cas corroborés, et l'exhibitionnisme (12 %). Le harcèlement sexuel et l'exploitation sexuelle sont moins courants, et le nombre de cas de voyeurisme était insuffisant pour permettre le calcul d'estimations fiables. Soulignons que, dans la mesure où de multiples formes d'abus sexuel ont parfois été signalées, l'addition des sous-types aboutit parfois à un résultat supérieur à 100 %.

Figure 2-4
Formes d'abus sexuel corroborées



Source : Rapport final de l'ECI, tableau 3–6

Négligence

Il y a négligence lorsque les parents de l'enfant ou les personnes qui en prennent soin ne procurent pas à l'enfant ce dont il a besoin pour son développement affectif, psychologique et physique. La négligence physique intervient lorsque les besoins de l'enfant en matière d'alimentation, d'habillement, de logement, de propreté, de soins médicaux et de protection contre les dangers ne sont pas correctement satisfaits. La négligence psychologique s'entend de la non-satisfaction du besoin d'être aimé, désiré et valorisé et du besoin de sécurité. La violence psychologique concerne aussi bien le manque de disponibilité que le rejet pur et simple de l'enfant. Alors que les cas de violence physique sont généralement plus nombreux à être portés à l'attention des autorités, la négligence peut représenter un risque tout aussi grave pour l'enfant.

Contrairement à la violence qui se manifeste habituellement par des incidents, la négligence est souvent une situation chronique qu'il est difficile de déceler lors d'incidents particuliers. Néanmoins, dans toutes les lois territoriales et provinciales en matière de protection de l'enfance, la négligence ou les actes d'omission, comme le défaut de superviser ou de protéger, constituent des motifs suffisants à l'ouverture d'une enquête sur la maltraitance. L'ECI considère huit sous-types ou formes de négligence :

Défaut de superviser ou de protéger entraînant des sévices physiques : L'enfant souffre ou est exposé à un risque élevé de sévices physiques parce que la personne qui en prend soin ne le supervise pas ou ne le protège pas suffisamment. Par défaut de protéger on entend les situations dans lesquelles un enfant subit des sévices ou est mis en danger en raison de la conduite de la

personne qui en prend soin (p. ex., la personne conduit avec des facultés affaiblies lorsqu'un enfant est avec elle ou elle se livre à des activités criminelles dangereuses avec un enfant).

Défaut de superviser ou de protéger entraînant de l'abus sexuel : L'enfant est ou a été exposé à un risque élevé d'abus sexuel ou d'exploitation sexuelle, et la personne qui en prend soin est au courant ou devrait être au courant de ce risque et ne le protège pas suffisamment.

Négligence physique : L'enfant a été ou est exposé à un risque élevé de sévices physiques parce que la personne qui en prend soin ne le supervise pas ou ne le protège pas suffisamment. Cette forme de négligence englobe une alimentation et/ou des vêtements non appropriés et des conditions de vie insalubres et/ou dangereuses. Il faut pouvoir prouver ou présumer que la personne prenant soin de l'enfant est au moins partiellement responsable de la situation.

Négligence sur le plan médical : L'enfant a besoin de soins médicaux visant à guérir, prévenir ou soulager des sévices ou une souffrance physiques, et la personne qui en prend soin ne lui procure pas les soins, refuse de les lui procurer ou, encore, n'est pas libre ou est incapable de donner son consentement pour des soins.

Défaut de procurer des soins en cas de problème sur le plan mental, affectif ou développemental : L'enfant est exposé à un risque élevé de sévices psychologiques, à en juger par son état d'anxiété sévère, son état dépressif, son repli sur soi ou son comportement autodestructeur ou agressif, ou à un risque élevé de troubles mentaux, affectifs ou développementaux, qui peuvent sérieusement nuire à son développement. La personne qui prend soin de l'enfant ne lui procure pas les soins, refuse de les lui procurer ou, encore, n'est pas libre ou est incapable de donner son consentement pour des soins visant à guérir ou soulager les sévices. Cette catégorie comprend le défaut de procurer des soins en cas de problèmes scolaires, tels que des problèmes d'apprentissage et de comportement, ainsi que des soins en cas de problèmes de développement chez un bébé, tels qu'un retard de croissance d'origine non organique. Cette forme de négligence n'inclut pas le défaut de procurer des soins en cas de comportement criminel (voir Attitude permissive à l'égard d'un comportement mésadapté ou criminel).

Attitude permissive à l'égard d'un comportement mésadapté ou criminel : Un enfant a commis une infraction avec l'encouragement de la personne qui en prend soin, ou parce que celle-ci ne l'a pas supervisé ou a été incapable de le superviser suffisamment. Ou bien, des services ou des soins étaient nécessaires pour prévenir la répétition d'un tel comportement, et la personne prenant soin de l'enfant ne les lui a pas procurés, a refusé de les lui procurer ou, encore, n'était pas libre ou était incapable de donner son consentement pour les services ou les soins. Il y a un certain chevauchement entre, d'une part, cette forme de négligence et, d'autre part, le défaut de superviser et le défaut de procurer des soins. Lorsqu'un cas comportait à la fois une activité criminelle et un certain type de sévices ou un risque élevé de sévices pour l'enfant, les deux formes de mauvais traitements étaient incluses.

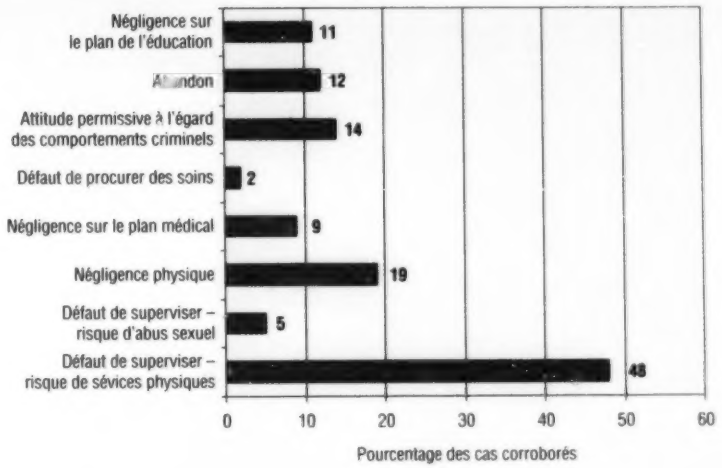
Abandon ou refus d'assurer la garde : La personne qui prend soin de l'enfant est décédée ou est incapable d'exercer ses droits de garde et ne prend pas les dispositions nécessaires pour assurer les soins et la garde de l'enfant; ou encore, l'enfant est placé et la personne qui en prend soin refuse ou est incapable d'en assumer la garde.

Négligence sur le plan de l'éducation : La personne qui prend soin de l'enfant l'autorise à s'absenter régulièrement de l'école (5 jours ou plus par mois), ne l'a pas inscrit à l'école ou le garde à maintes reprises à la maison. Si l'enfant présentait des troubles mentaux, affectifs ou développementaux associés à l'école et que des soins avaient été offerts mais que la personne prenant soin de l'enfant avait refusé sa collaboration, le cas était classé dans la catégorie « défaut de procurer des soins ».

La négligence est la catégorie de mauvais traitements la plus fréquemment enquêtée et celle dont le taux de corroboration arrive deuxième par ordre d'importance. Comme l'indique la figure 2-5, la négligence se traduit principalement par un défaut de superviser ou de protéger entraînant des sévices physiques (48 %).

L'incapacité des parents de satisfaire convenablement les besoins physiques de leurs enfants (négligence physique) représente la deuxième catégorie de cas corroborés par ordre d'importance (19 %), suivie d'une attitude permissive à l'égard d'un comportement criminel (14 %), de l'abandon (12 %) et de la négligence sur le plan de l'éducation (11 %). La négligence sur le plan médical et le défaut de procurer les soins nécessaires à l'enfant sont moins fréquemment signalés. Une fois de plus, en raison des multiples formes de négligence signalées, l'addition des sous-types aboutit parfois à un résultat supérieur à 100 %.

Figure 2-5
Formes de négligence corroborées



Source : Rapport final de l'ECI, tableau 3–7

Violence psychologique

La violence psychologique nuit au sentiment que l'enfant a de lui-même et se traduit par des actes ou des omissions de la part des parents ou des personnes prenant soin de l'enfant, qui ont causé ou pourraient causer de graves troubles comportementaux, cognitifs, affectifs ou mentaux. Les exemples de violence psychologique sont les suivants : les menaces verbales et la dévalorisation, le fait d'obliger un enfant à s'isoler socialement, l'intimidation, l'exploitation, la terreur ou l'habitude de formuler des exigences déraisonnables. La violence psychologique a toujours été une forme de maltraitance difficile à définir, car elle n'est pas associée à un incident particulier, pas plus qu'elle ne se traduit par une blessure visible. En outre, ses effets, quoique souvent graves, ne se manifestent souvent que plus tard au cours du développement de l'enfant. Quatre formes de violence psychologique ont été répertoriées par l'ECI :

Mauvais traitements psychologiques : L'enfant souffre ou est exposé à un risque élevé de troubles mentaux, affectifs ou développementaux causés par une attitude ouvertement hostile ou punitive ou par une violence verbale habituelle ou extrême (p. ex., menaces, dénigrement, etc.)[18].

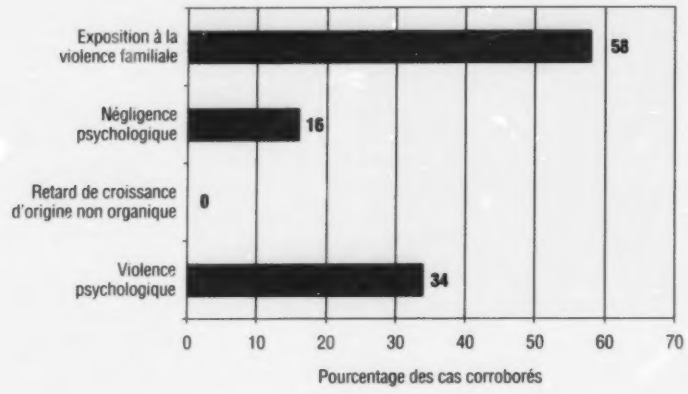
Retard de croissance d'origine non organique : Un enfant de moins de 3 ans présentant un retard marqué ou un arrêt de croissance ne pouvant s'expliquer par aucune cause organique. Les cas de retard de croissance dus à des carences nutritionnelles ont été classés dans la catégorie de la négligence physique. On considère généralement que le retard de croissance d'origine non organique est une forme de négligence psychologique; on l'a donc classé en tant que forme distincte de violence psychologique en raison de ses caractéristiques particulières.

Négligence psychologique : L'enfant souffre ou est exposé à un risque élevé de troubles mentaux, affectifs ou développementaux causés par un manque de soins ou d'affection.

Exposition à de la violence familiale : L'enfant est témoin

[18] Les cas où les enfants présentaient de graves troubles affectifs nécessitant des soins et où les parents refusaient de les leur procurer ou de collaborer ont été considérés comme des cas de négligence appartenant à la catégorie secondaire « défaut de procurer des soins ».

Figure 2-6
Formes de violence psychologique corroborées



Source : Rapport final de l'ECI, tableau 3–8

ou victime de violence familiale dans son milieu de vie. Il peut s'agir de situations où l'enfant est indirectement témoin de violence (p. ex., il a vu les blessures corporelles infligées à la personne prenant soin de lui le lendemain de l'incident).

La figure 2-6 révèle que l'exposition des enfants à la violence familiale est la forme la plus courante de violence psychologique puisqu'elle représente plus de la moitié (58 %) des cas corroborés. Les mauvais traitements psychologiques (34 %) et la négligence psychologique (16 %) sont également relativement courantes, alors que le retard de croissance d'origine non organique est trop rare pour permettre le calcul d'estimations. Dans la mesure où de multiples formes de violence psychologique ont parfois été signalées, l'addition de ces formes donne parfois un résultat supérieur à 100 %.

Caractéristiques des cas corroborés de mauvais traitements

La maltraitance des enfants revêt différentes formes et elle est rarement causée par un seul facteur. Les mauvais traitements surviennent nettement dans le contexte d'une famille ou d'une personne perturbée souvent confrontée à un stress considérable lié à des facteurs familiaux ou extra-familiaux. De nombreux facteurs de risque, allant de difficultés financières à des ressources communautaires limitées, accroissent la probabilité qu'une personne donnée ait recours à des méthodes éducatives nocives pour les enfants. Cependant, ces facteurs de risque sont souvent le lot d'autres familles qui ne maltraitent pas pour autant leurs enfants, malgré un niveau de stress élevé. Cette constatation met en évidence le fait que la maltraitance des enfants résulte généralement de l'interaction des influences individuelles, familiales et culturelles, dont de nombreuses ont été documentées par l'ECI.

Cette section décrit les caractéristiques des principales catégories de cas corroborés de mauvais traitements documentés par l'ECI. Les caractéristiques de la maltraitance regroupent les preuves de sévices physiques et psychologiques, la durée des mauvais traitements et le lien entre l'enfant et les auteurs présumés. Toutes ces caractéristiques ont un rapport avec l'augmentation des souffrances de l'enfant[19]. Les résultats sont présentés en fonction des quatre **catégories principales** de mauvais traitements identifiées par l'ECI (violence physique, abus sexuel, négligence et violence psychologique) **pour les cas corroborés seulement**.

Durée

La durée des mauvais traitements a été documentée à l'aide d'une échelle en trois points comme suit :

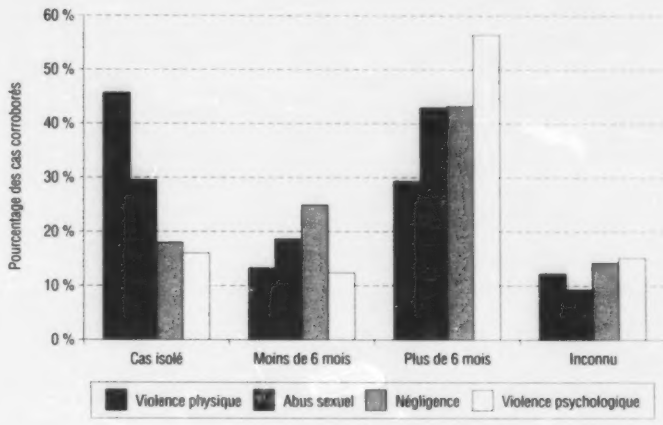
- Incident isolé
- Incidents répétés pendant moins de 6 mois
- Incidents répétés pendant plus de 6 mois

[19] Beitchman JH, Zucker KJ, Hood JE et coll. A review of the long-term effects of child sexual abuse. *Child Abuse and Neglect* 1992;16:101-18.

Plus du tiers (43 %) de tous les cas corroborés de mauvais traitements ont duré plus de 6 mois. Les incidents isolés et ceux qui ont duré moins de 6 mois représentent 44 % des cas. Pour le reste, les travailleurs enquêteurs n'ont pas été en mesure de déterminer la durée.

La figure 2-7 révèle que la violence psychologique a vraisemblablement duré plus de 6 mois (dans 56 % des cas corroborés, la violence psychologique persistait au-delà de 6 mois); viennent ensuite l'abus sexuel (43 %), la négligence (43 %) et la violence physique (29 %). Ces chiffres révèlent également que la violence physique et l'abus sexuel sont plus souvent des incidents isolés (respectivement 46 % et 29 %) que les deux autres catégories de mauvais traitements. Cette constatation se comprend étant donné que ces deux catégories concernent des actes ou des comportements signalés qui sont plus facilement identifiés, alors que la négligence et la violence psychologique relèvent plus souvent de situations chroniques s'accompagnant d'incidents plus difficiles à cerner.

Figure 2-7
Durée des mauvais traitements corroborés par catégorie principale de mauvais traitements



Source : Rapport final de l'ECI, tableau 4–3

Sévices physiques et psychologiques

L'ECI a répertorié les sévices physiques que les travailleurs enquêteurs pensaient ou savaient être dus aux mauvais traitements faisant l'objet de l'enquête. Il s'agit de blessures suspectes dont on a établi par la suite qu'elles n'étaient pas dues à des mauvais traitements, ainsi que de blessures causées par des mauvais traitements.

La nature des sévices physiques a été consignée par les travailleurs enquêteurs selon six types de blessures ou autres troubles :

Ecchymoses/coupures/ écorchures : L'enfant porte sur le corps diverses plaies visibles pendant au moins 48 heures.

Brûlures et échaudures : L'enfant porte sur le corps des traces de brûlures et d'échaudures visibles pendant au moins 48 heures.

Fractures : L'enfant a des os fracturés.

Traumatisme crânien : L'enfant a subi un traumatisme crânien nécessitant des soins médicaux (enfant poussé dans un escalier, avec dents cassées).

Autres troubles : L'enfant souffre d'autres troubles comme des complications liées à de l'asthme non traité ou une maladie transmise sexuellement.

Décès : L'enfant est mort et lors de l'enquête l'on soupçonne que le décès est dû à des mauvais traitements.

Les sévices physiques ont été documentés dans 17 % des cas corroborés, toutes catégories de mauvais traitements confondues. Près des trois quarts des cas concernent des sévices physiques qui n'ont pas nécessité de soins alors que le quart restant (4 % du nombre total de cas corroborés) concernent des sévices qui étaient suffisamment graves pour nécessiter des soins médicaux. La plupart de ces sévices (65 %) sont des ecchymoses, des coupures et des

écorchures, mais l'on recense également d'autres blessures et troubles graves résultant des mauvais traitements.

Au cours des 3 mois correspondant à la période de collecte des données de l'ECI, l'un des centres participants a mené une enquête sur le décès d'un enfant dû à la négligence et à la violence. Ce chiffre est insuffisant pour permettre le calcul d'une estimation nationale. On évalue à près de 100 le nombre d'homicides d'enfants documentés chaque année par la police, au Canada, selon l'Enquête sur les homicides qui fournit des renseignements sur les caractéristiques des homicides signalés par la police[20].

Il n'est pas étonnant que la violence physique soit la catégorie principale de mauvais traitements qui entraîne le plus souvent des sévices physiques : près de la moitié (44 %) de tous les cas corroborés de violence physique comportaient des sévices physiques, et dans 6 % des cas, des soins médicaux ont été nécessaires. La vaste majorité des blessures (86 %) sont des ecchymoses, des coupures et des écorchures; les autres blessures sont également réparties dans les autres catégories.

Par ailleurs, les sévices physiques sont aussi documentés dans toutes les autres principales catégories de mauvais traitements, quoique dans une moins grande mesure (abus sexuel 8 %, négligence 9 %, violence psychologique 1 %). La nature des sévices physiques résultant d'abus sexuel et de violence psychologique est comparable et assez également répartie entre les ecchymoses/coupures/écorchures et les autres troubles. Par contre, les cas corroborés de négligence, comportant des sévices physiques, sont plus étroitement liés à d'autres troubles (67 % des blessures), à des brûlures et à des échaudures (12 %) ou à des ecchymoses, des coupures et des écorchures (16 %).

Pour évaluer la violence psychologique, les travailleurs des services de protection de l'enfance ont été invités à décrire les sévices ou traumatismes psychologiques soupçonnés d'avoir été causés par les mauvais traitements faisant l'objet de l'enquête ou connus pour avoir été causés par ces derniers. Ils ont également été invités à signaler les changements visibles intervenus dans le développement de l'enfant (régression, repli sur soi), son autorégulation (sommeil, élimination) et ses émotions (enfant qui pleure, qui se colle ou qui est anxieux) pendant au moins 48 heures.

Contrairement aux sévices physiques, que l'on peut généralement associer à des incidents bien particuliers, il est plus difficile d'établir un lien entre les sévices psychologiques et des incidents particuliers. Pour tenir compte de cette difficulté, les travailleurs enquêteurs ont été invités à évaluer le fonctionnement général de l'enfant en plus de documenter les sévices psychologiques résultant des mauvais traitements infligés. Les cotes sur le fonctionnement de l'enfant sont présentées plus loin dans ce rapport.

La violence psychologique a été signalée dans le tiers (34 %) des cas corroborés de mauvais traitements. Les problèmes identifiés étaient suffisamment graves pour nécessiter des soins dans 21 % des cas alors que 13 % des cas n'ont pas nécessité de soins.

Il est tout à fait normal que la violence psychologique ait été plus souvent signalée dans les cas d'abus sexuel, puisqu'il s'agit là d'agressions et de traumatismes qui laissent rarement des lésions physiques. Près de la moitié (47 %) des cas corroborés d'abus sexuel comportaient des sévices psychologiques. De plus, dans 38 % des cas d'enfants victimes d'abus sexuel, les sévices étaient suffisamment graves pour nécessiter des soins; dans 9 % des

[20] Fitzgerald R. *Agressions contre les enfants et les jeunes dans la famille, 1996.* Centre canadien de la statistique juridique. Ottawa : Statistique Canada, 1996.

cas, des symptômes ont été signalés mais aucun soin n'a été jugé nécessaire.

Des sévices psychologiques ont également été associés aux trois autres principales catégories de mauvais traitements. Une fois de plus, cette constatation n'est pas surprenante étant donné la nature des mauvais traitements et la manière dont les victimes tentent d'y faire face ou d'y réagir. Près du tiers des cas corroborés de violence physique, de négligence et de violence psychologique ont donné lieu à des sévices psychologiques pour lesquels des soins ont été nécessaires dans plus de la moitié des cas.

Auteurs présumés

Dans les cas corroborés, l'auteur présumé désigne la personne (ou les personnes) qui a bel et bien maltraité l'enfant, d'après l'enquêteur des services de protection de l'enfance[21]. Sept classifications précodées d'auteurs présumés ont été répertoriées :

Mère : Parent biologique

Père : Parent biologique

Beau-père : Incluant le conjoint de fait

Belle-mère : Incluant la conjointe de fait

Frère ou sœur : Frère, sœur ou demi-frère, demi-sœur de l'enfant

Étranger : Personne inconnue de l'enfant et de la famille

Autre : Toute autre personne

Les auteurs de la catégorie « autre » ont été recodés dans 22 catégories supplémentaires, parmi lesquelles figurent les parents adoptifs ou de la famille d'accueil, les grands-parents, la famille élargie, les connaissances de la famille et les professionnels appelés à intervenir auprès de l'enfant. Sur la base de la fréquence des réponses, ils ont été répartis dans les neuf catégories suivantes :

Parents adoptifs/de la famille d'accueil : Désignent les parents adoptifs et les parents de la famille d'accueil.

Autre membre de la famille : Tout autre membre de la famille, adulte ou enfant, ayant eu des contacts avec l'enfant faisant l'objet de l'enquête (grands-parents, tante, oncle, frère ou sœur).

Ami de la famille : Ami de la (des) personne(s) qui vit (vivent) avec l'enfant et en prend (prennent) soin.

Ami/amie du parent : Conjoint(e) du parent dont le rôle n'est pas de prendre soin de l'enfant.

Ami de l'enfant (pair) : Autre enfant considéré comme un ami ou un pair.

Gardien/gardienne : Personne de tout âge jouant un rôle de gardien/gardienne auprès de l'enfant.

Enseignant : Désigne les professeurs mais pas les autres membres du personnel de l'école (concierge, par exemple).

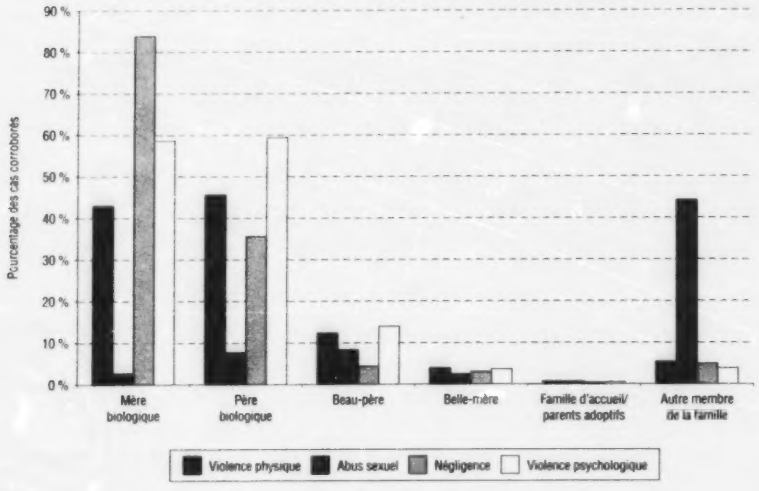
Autre professionnel : Désigne les spécialistes des loisirs, de la santé et des services sociaux.

Autre connaissance : Personne connue de la famille de l'enfant.

Dans les quatre catégories de cas corroborés de mauvais traitements, les membres de la famille ou les autres personnes ayant un lien de parenté avec l'enfant représentent la vaste majorité (93 %) des auteurs présumés. Il n'est pas étonnant de constater que les auteurs présumés les plus fréquents sont l'un des parents biologiques ou les deux (à l'exception, évidemment, des abus sexuels qui seront examinés ultérieurement). Quelle que soit la catégorie de mauvais traitements, les mères biologiques sont les auteurs présumés les plus souvent identifiés (60 % des cas corroborés), suivies des pères biologiques (41 %), des beaux-pères/conjoints de fait (9 %) et des belles-mères/conjointes de fait (3 %). Outre les parents, les autres membres de la famille sont le plus souvent identifiés comme les auteurs présumés (9 %). Les familles d'accueil et les parents adoptifs représentent un chiffre négligeable. Il convient de noter que l'ECI n'a comptabilisé que les

[21] Cette constatation ne correspond pas nécessairement à un verdict de culpabilité devant un tribunal criminel.

Figure 2-8
Auteurs présumés (membres de la famille) des cas corroborés de mauvais traitements par catégorie principale de mauvais traitements



Source : Rapport final de l'ECI, tableau 4–4(a)

nouvelles enquêtes; les enquêtes menées sur des cas correspondant à un dossier déjà ouvert n'ont en effet pas été prises en compte par l'étude.

Les auteurs présumés qui n'étaient pas membres de la famille de l'enfant (7 % des cas corroborés) comprennent les gardiens/gardiennes, les amis de la famille, les amis des parents, les enseignants, les autres professionnels, les connaissances et les étrangers. Plus de la moitié de ces auteurs présumés (4 % du total) étaient proches de l'enfant et de la famille et appartenaient à la catégorie des amis, ami/amie d'un des parents et gardiens/gardiennes. Il y a lieu de souligner toutefois que dans de nombreux cas, les allégations de violence extra-familiale sont enquêtées par la police et non par les autorités en matière de protection de l'enfance[22].

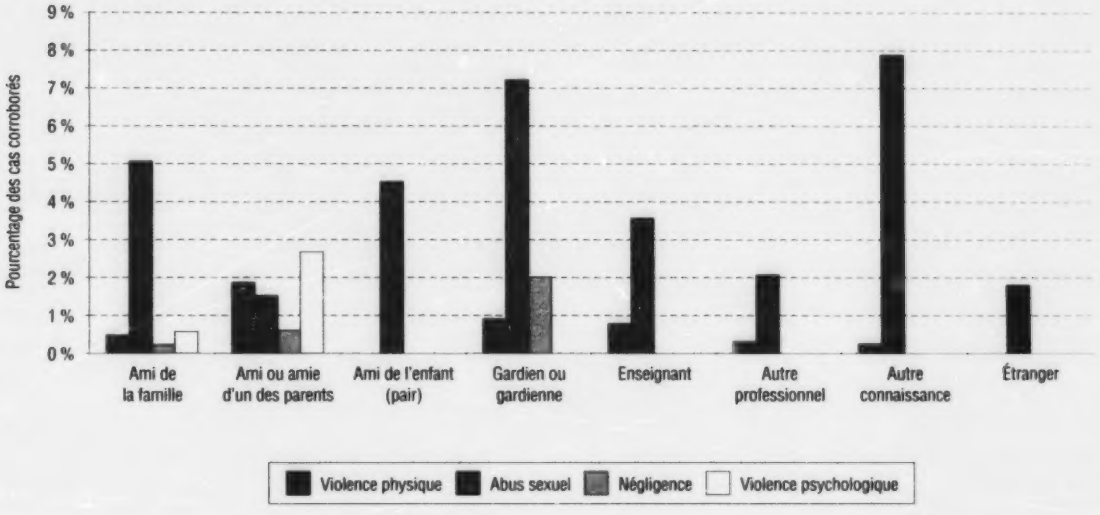
La figure 2-8 montre les auteurs présumés membres de la famille de l'enfant, par catégorie principale de mauvais traitements. La figure 2-9, pour sa part, représente les auteurs présumés qui ne sont pas membres de la famille de l'enfant. Le lecteur est prié de noter que certains cas corroborés ont été associés à plus d'un auteur présumé, ce qui explique que les pourcentages soient parfois supérieurs à 100 %.

Les cas de **violence physique** sont largement le fait des mères et pères biologiques (voir figure 2-8). Les pères en particulier sont les auteurs présumés de près de la moitié (46 %) des cas corroborés de violence physique, suivis de près par les mères (43 %). Cette répartition est quelque peu biaisée par le fait que 40 % des familles enquêtées étaient des familles monoparentales dirigées par un parent de sexe féminin (voir chapitre 7 du *Rapport final de l'ECI*). Parmi les personnes qui n'étaient pas membres de la famille (figure 2-9), les auteurs des cas de violence physique corroborés sont généralement l'ami/l'amie du parent (2 %) ou le gardien/la gardienne (1 %). Même s'il s'agit de cas corroborés de violence physique concernant des personnes non-membres de la famille (comme les autres connaissances et enseignants), ces chiffres sont négligeables et moins fiables.

Contrairement aux autres catégories de mauvais traitements, les **abus sexuels** ont été commis beaucoup moins souvent par la principale personne qui prenait soin de l'enfant. Les autres membres de la famille (44 % des cas) et les personnes non-membres de la famille (29 %) représentent les deux principaux groupes d'auteurs

[22] Trocmé N, Brison R. Les homicides et les blessures liées aux agressions, à l'abus et à la négligence. Dans : Beaulne G, éd. *Pour la sécurité des jeunes Canadiens : des données statistiques aux mesures préventives.* Ottawa : Santé Canada, 1998.

Figure 2-9
Auteurs présumés (non-membres de la famille) des cas corroborés de mauvais traitements par catégorie principale de mauvais traitements



Source : Rapport final de l'ECI, tableau 4–4(b)

présumés. La figure 2-8 révèle que les auteurs présumés membres de la famille de l'enfant sont le plus souvent le père biologique ou le beau-père, dans une proportion égale, et moins souvent la mère biologique, le parent adoptif ou le parent de la famille d'accueil. Bien qu'une ventilation spécifique des liens de parenté particuliers avec l'enfant concernant les « autres membres de la famille » n'est pas indiquée, il apparaît clairement, d'après la figure 2-8, que ce groupe constitue la majorité des auteurs de ces actes (44 %).

Les auteurs présumés d'abus sexuel non-membres de la famille avaient un lien avec l'enfant dans la grande majorité des cas. Comme le précise la figure 2-9, il s'agit d'amis de la famille (5 %), de l'ami ou de l'amie du parent (2 %), de gardiens/gardiennes (7 %), d'enseignants (4 %), d'autres professionnels (2 %), d'autres connaissances (8 %) et, dans certains cas, d'un ami ou d'un pair de l'enfant (5 %). Très peu de cas d'abus sexuel corroborés mettent en cause des étrangers (2 %).

À l'instar des cas de violence physique, les cas de **négligence** sont très largement le fait des mères (84 %) et des pères (36 %) biologiques. La surreprésentation des mères biologiques dans cette catégorie est peut-être due au fait que 40 % des enquêtes concernaient des familles monoparentales dirigées par un parent de sexe féminin. Ces conclusions semblent témoigner du rapport qui existe entre la négligence, la pauvreté et les familles monoparentales dirigées par un parent de sexe féminin. Même si la négligence concerne rarement les personnes non-membres de la famille, les gardiens/gardiennes et ami/amie du parent, pris dans leur ensemble, représentent près de 3 % des cas (figure 2-9).

Comme dans le cas de la violence physique et de la négligence, la **violence psychologique** est largement le fait des mères biologiques (59 %) et des pères (59 %). Les beaux-pères sont les auteurs présumés dans 14 % des cas. Dans les rares cas où les auteurs présumés sont des non-membres de la famille (3 % du total), c'est l'ami ou l'amie du parent qui était en cause.

Résumé

On estime à 135 573 le nombre d'enquêtes sur la maltraitance des enfants menées au Canada en 1998, ce qui correspond à un taux d'incidence estimatif de 21,52 enquêtes pour 1 000 enfants. Ce taux d'incidence tient compte de *toutes* les enquêtes sur la maltraitance des enfants, que le cas ait été corroboré ou non.

Près de la moitié (45 %) des enquêtes concernent des cas qui ont été corroborés par le travailleur enquêteur. Parmi les quelque 21,52 enquêtes pour 1 000 enfants au Canada en 1998, on estime à 9,71 pour 1 000 enfants l'incidence des cas corroborés, à 4,71 pour 1 000 enfants l'incidence des cas présumés et à 7,09 pour 1 000 enfants l'incidence des cas non corroborés.

Parmi l'ensemble des enquêtes sur la maltraitance des enfants au Canada, le motif principal d'enquête le plus courant est la négligence, laquelle motive deux enquêtes sur cinq. La violence physique se classe en deuxième position (31 %), suivie de la violence psychologique (19 %) et de l'abus sexuel (10 %). La violence psychologique est toutefois celle pour laquelle le taux de corroboration est le plus élevé; elle concerne plus de la moitié des cas. Pour les autres catégories de mauvais traitements, les degrés de corroboration sont comparables : près d'un cas sur trois de violence physique et d'abus sexuel a été corroboré, et près de deux cas de négligence sur cinq l'ont été.

La plupart des cas de violence physique corroborés correspondent à des punitions excessives et près du tiers, à des formes graves de violence. Les attouchements et les caresses des organes génitaux sont la forme la plus courante des cas corroborés d'abus sexuel. La négligence englobe différents manquements parentaux dont le plus courant est le défaut de superviser entraînant des sévices physiques. L'exposition des enfants à la violence familiale est la forme la plus courante de violence psychologique, puisqu'elle représente plus de la moitié des cas corroborés.

Les mauvais traitements sont chroniques dans plus du tiers des cas corroborés et durent plus de 6 mois. La violence psychologique est celle qui risque le plus de persister après 6 mois, suivie par la négligence, l'abus sexuel et la violence physique.

Les sévices physiques ont été documentés dans 16 % de tous les cas corroborés. La violence physique est la catégorie de mauvais traitements qui entraîne le plus souvent des sévices physiques. Outre les sévices physiques, des sévices psychologiques ont été signalés dans le tiers des cas corroborés. Les sévices psychologiques sont plus souvent signalés lorsque les enfants ont été victimes d'abus sexuel, et nombreux étaient les enfants qui ont eu besoin de soins.

On observe une distinction très nette entre les auteurs présumés des abus sexuels et ceux des trois autres catégories de mauvais traitements. Les parents biologiques, en particulier, sont moins susceptibles de figurer au rang des auteurs présumés dans cette catégorie de mauvais traitements, alors qu'ils dominent dans les trois autres catégories. Les autres membres de la famille et les non-membres de la famille constituent la vaste majorité des auteurs présumés des cas d'abus sexuel; presque toutes ces personnes avaient un lien avec la victime, qu'il soit familial ou qu'il relève de responsabilités particulières (p. ex., enseignants, gardiens/gardiennes, amis de la famille).

3. PROFIL DES ENFANTS ET DES FAMILLES

Ce chapitre présente le profil des enfants et des familles enquêtés pour lesquels la maltraitance a été corroborée. Les renseignements de base sur l'âge, le sexe et le fonctionnement des enfants sont précieux en ce qu'ils décrivent et expliquent les quatre principales catégories de mauvais traitements (violence physique, abus sexuel, négligence, et violence psychologique)[23]. Par exemple, le stade de développement ou les déficiences des enfants (comme les retards de développement ou l'hyperactivité avec déficit de l'attention) peuvent poser un défi plus grand aux personnes qui prennent soin de l'enfant, en particulier celles qui ne bénéficient d'aucun soutien. Bien que les enfants ne soient jamais responsables de leur propre maltraitance, la compréhension des caractéristiques liées à la maltraitance des enfants aide à informer les praticiens et les chercheurs du risque auquel les enfants sont exposés selon leur âge, leur sexe ou leurs besoins particuliers.

La maltraitance des enfants est en outre étroitement liée aux caractéristiques structurelles de la famille, du voisinage et de la communauté. Ainsi, certains des éléments culturels et sociaux majeurs contribuant à la maltraitance découlent de la pauvreté, de l'isolement social et de l'inégalité. Des facteurs importants inhérents au milieu reflètent le degré de désintégration de l'organisation et du contrôle sociaux communautaires, qui influent sur les signalements de cas de maltraitance des enfants. Par conséquent, ce chapitre donne également un aperçu du profil des ménages dont sont issus les enfants enquêtés répertoriés dans l'ECI, notamment la composition du ménage (parents biologiques, beaux-parents, frères et soeurs), le logement, la source de revenu, le fonctionnement des parents et les facteurs de stress familiaux.

Il faudrait souligner que l'information contenue dans ce chapitre ne comprend pas de données comparant le profil des enfants et des familles pour lesquels le cas de maltraitance a été corroboré et le profil de la population canadienne en général. Un seul cas fait exception, soit la section qui porte sur la structure du ménage, qui comprend des données de recensement pertinentes. Il faut des analyses plus poussées afin de comprendre le lien entre les diverses caractéristiques de l'enfant et de la famille et le risque de maltraitance.

Profil de l'enfant

Âge et sexe des enfants maltraités

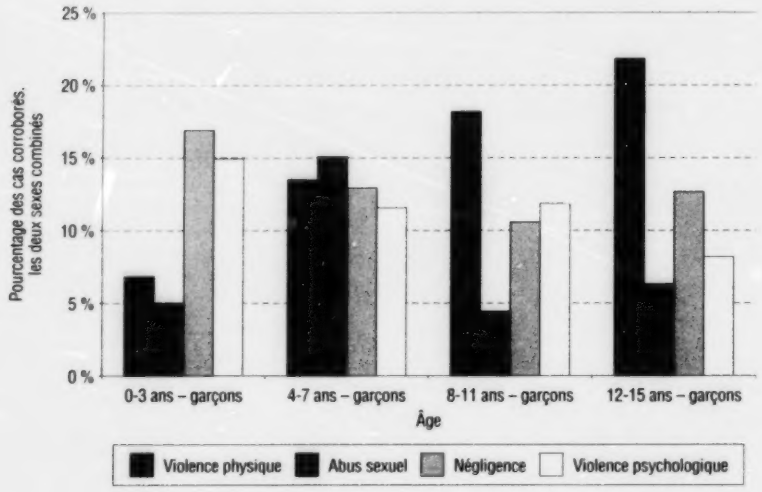
Les données sur l'âge et le sexe des enfants maltraités jettent un éclairage sur les facteurs de développement qui pourraient éventuellement accroître le risque de maltraitance. Certaines formes de maltraitance peuvent toucher davantage les enfants d'un certain groupe d'âge ou d'un sexe particulier. Par exemple, la négligence pourrait être plus courante chez les jeunes enfants (bébés et tout-petits), qui nécessitent une surveillance plus étroite des parents.

Toutes catégories de maltraitance confondues, 51 % des cas corroborés étaient des garçons et 49 % des filles. Les données sur la répartition selon l'âge et le sexe pour chaque catégorie de mauvais traitements corroborés sont présentées dans la figure 3-1(a) pour les garçons et 3-1(b) pour les filles, et elles sont examinées ci-après.

Violence physique : Soixante pour cent des cas corroborés de violence physique étaient des garçons, et 40 % des filles, bien que la répartition selon l'âge a été la même pour les deux sexes. Comme l'indiquent les figures 3-1(a) et 3-1(b),

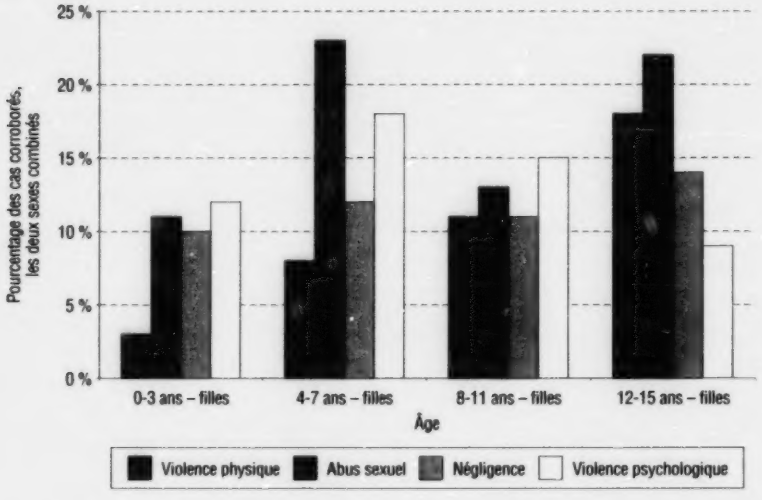
[23] Les cas impliquant plus d'une catégorie de mauvais traitements ont été classés dans la catégorie perçue par le travailleur enquêteur comme étant la catégorie principale.

Figure 3-1(a)
Âges des enfants : GARÇONS, par principale catégorie de mauvais traitements corroborés



Source : Rapport final de l'ECI, tableau 6–3

Figure 3-1(b)
Âges des enfants : FILLES, par principale catégorie de mauvais traitements corroborés



Source : Rapport final de l'ECI, tableau 6–3

les pourcentages les plus élevés de cas de violence physique corroborés ont été enregistrés chez les adolescents (22 % chez les garçons et 18 % chez les filles). On a notamment observé une tendance linéaire quant à l'âge pour les deux sexes, à savoir que le nombre de cas de violence physique était généralement moins élevé chez les tout-petits (0-3 ans) et qu'il augmentait progressivement avec l'âge.

Abus sexuel : Dans les cas corroborés d'abus sexuel, 69 % des victimes étaient des filles et 31 % des garçons. Contrairement à la violence physique, on a observé des différences d'âge importantes pour les deux sexes. La figure 3-1(a) indique que les cas étaient trois fois plus nombreux chez les garçons de 4-7 ans que chez ceux des autres groupes d'âge. La figure 3-1(b) révèle que les cas d'abus sexuel étaient environ deux fois plus nombreux chez les filles de 4-7 ans et de 12-15 ans que chez celles de chacun des deux autres groupes d'âge.

Négligence : Dans les cas corroborés de négligence, la répartition selon l'âge et le sexe était généralement la même, les garçons représentant un peu plus de la moitié (53 %) des cas. Les pourcentages les plus élevés ont été enregistrés chez les garçons de 0-3 ans (17 %) et chez les filles de 12-15 ans (14 %); dans les autres groupes d'âge, les pourcentages étaient sensiblement les mêmes pour les deux sexes.

Violence psychologique : Comme pour la négligence, la répartition selon l'âge et le sexe était la même dans les cas corroborés de violence psychologique. Le pourcentage était légèrement plus élevé chez les filles (53 %) que chez les garçons (47 %). Les garçons et les filles des groupes d'âge plus vieux représentaient les pourcentages les plus faibles de cas de violence psychologique, et le pourcentage le plus élevé de cas a été enregistré chez les filles de 4-7 ans (18 %).

Fonctionnement de l'enfant

Les enfants maltraités vivent continuellement des événements incontrôlables qui compromettent sérieusement leur développement et leur capacité d'adaptation et menacent leur bien-être psychologique général. Non seulement ils doivent composer avec les accès de colère imprévisibles de leurs parents ou les déceptions qu'ils leur causent, mais ils doivent également s'adapter aux circonstances propres au milieu dans lequel ils évoluent et qui nuisent à leur développement. Mentionnons notamment les événements dramatiques comme la violence conjugale et la séparation des membres de la famille, de même que les circonstances courantes quoique importantes qui peuvent perturber ou troubler, comme les interactions inamicales, le manque de possibilités d'apprentissage et un style de vie chaotique.

Même si un grand nombre des enfants maltraités qui sont aux prises avec ces problèmes ne développeront pas nécessairement un trouble psychologique, ces enfants sont beaucoup plus susceptibles d'avoir des problèmes affectifs et d'adaptation majeurs, notamment des comportements agressifs et violents[24]. Par exemple, les enfants victimes d'abus sexuels subissent des interruptions marquées du développement de la perception de soi et du monde, qui peuvent entraîner des changements de comportements et de réactions émotionnelles majeurs témoignant de leurs tentatives en vue de composer avec ces événements. Étant donné que le stress et la peur qu'ils éprouvent peuvent être causés par leur famille, les enfants qui sont maltraités sont quotidiennement mis au défi de trouver des moyens d'adaptation qui présentent le moins de risque tout en offrant une protection maximale et des possibilités de croissance.

Les données sur le fonctionnement des enfants ont été répertoriées en fonction d'une liste sommaire des problèmes que les travailleurs enquêteurs étaient susceptibles d'observer dans le cadre de leurs enquêtes. Cette liste a été élaborée en collaboration avec des chercheurs et des travailleurs des services de protection de l'enfance pour tenir compte des divers problèmes qui pourraient éventuellement être observés lors des enquêtes. La liste n'est pas un instrument de mesure validé pour lequel des normes axées sur la population ont été établies[25]. Bien que la liste de contrôle ne comprenne que les problèmes auxquels les travailleurs ont été confrontés durant leurs enquêtes et qu'elle ne reflète donc pas l'incidence réelle des problèmes de fonctionnement des enfants[26], elle fournit néanmoins une première estimation des types de problèmes observés lors des enquêtes. À ce moment, nous n'énonçons pas une relation de cause à effet entre ces facteurs et la maltraitance.

On a demandé aux travailleurs enquêteurs d'indiquer les problèmes qui avaient été confirmés par un diagnostic formel et/ou observés directement, de même que les problèmes présumés mais

---

[24] Malinosky-Rummell R, Hansen DJ. Long-term consequences of childhood physical abuse. *Psychological Bulletin* 1993;114:68-79.

[25] Bien qu'il existe un certain nombre de mesures d'évaluation du fonctionnement de l'enfant assorties de normes, celles-ci ne sont pas utilisées actuellement dans le milieu des services de protection de l'enfance et ne pourraient être utilisées dans le contexte de l'ECI.

[26] La liste ne comprend que les problèmes que les travailleurs des services de protection de l'enfance ont eu l'occasion d'observer durant leurs enquêtes. Une évaluation plus systématique permettrait vraisemblablement de relever un plus grand nombre de problèmes que ceux observés par les travailleurs dans le cadre de l'ECI.

qu'ils n'ont pu confirmer avec certitude durant l'enquête. Les 6 mois précédant l'enquête ont été utilisés comme point de repère à cette fin. Les problèmes physiques, psychologiques, cognitifs et comportementaux sont énumérés dans une liste comprenant les catégories suivantes :

Retard de développement : L'enfant a fait l'objet d'un diagnostic de retard du développement, ou l'apparence ou le comportement de l'enfant indique clairement qu'il accuse un retard de développement.

Déficience physique/développementale : L'enfant a fait l'objet d'un diagnostic de déficience physique/développementale ou en affiche les symptômes (autisme, paralysie, infirmité motrice cérébrale ou difficulté d'apprentissage).

Anomalie congénitale liée à la toxicomanie : L'enfant a fait l'objet d'un diagnostic d'anomalie congénitale liée au fait que sa mère biologique est toxicomane ou il manifeste les symptômes d'une telle anomalie (syndrome d'alcoolisme fœtal/effet de l'alcoolisme fœtal).

Autre trouble physique : L'enfant souffre d'une maladie physique permanente (maladie chronique et hospitalisations fréquentes).

Classe d'éducation spécialisée : L'enfant participe à un programme d'éducation spécialisée en raison d'une difficulté d'apprentissage, de besoins spéciaux ou de problèmes de comportement.

Dépression ou anxiété : L'enfant a fait l'objet d'un diagnostic d'anxiété ou de dépression ou en affiche les symptômes.

Comportement autodestructeur : L'enfant adopte des comportements à haut risque ou qui mettent sa vie en danger, fait des tentatives de suicide, se mutile ou se coupe.

Trouble psychiatrique : L'enfant a fait l'objet d'un diagnostic de trouble psychiatrique par un psychiatre (trouble de la conduite, trouble d'anxiété).

Problèmes de comportement à la maison/dans la communauté : L'enfant affiche des problèmes de comportement importants à la maison ou dans la communauté (refus d'aller à l'école, agressivité, violence et adhésion à une bande).

Activités à risque avec les pairs : L'enfant participe à des activités à haut risque avec ses semblables, comme des activités en bande ou du vandalisme.

Toxicomanie : L'enfant a consommé des substances de manière abusive, quel que soit le type de substance (médicaments de prescription, alcool, drogues illicites et solvants).

Violence vis-à-vis d'autrui : L'enfant a affiché un comportement agressif et violent vis-à-vis des autres enfants, des adultes ou des biens matériels, à la maison, à l'école ou dans la communauté.

Fugue : L'enfant a fugué de la maison (ou d'une autre résidence) au moins une fois, passant au moins une nuit à l'extérieur.

Absentéisme scolaire : L'enfant n'est pas assidu à l'école et fait régulièrement l'école buissonnière (plus de 5 jours par mois).

Prostitution : L'enfant s'est livré à de la prostitution ou à d'autres formes de commerce sexuel, quelles qu'elles soient.

Comportement sexuel inadapté pour l'âge : L'enfant affiche des comportements sexuels non adaptés à son âge, avec ses amis ou des membres de sa famille.

Activités criminelles/ délinquance : L'enfant a fait l'objet d'accusations au criminel, a été incarcéré ou a été condamné à d'autres mesures relevant de la *Loi sur les jeunes contrevenants*.

Le fait qu'au moins un problème de fonctionnement a été observé par le travailleur enquêteur dans la moitié (50 %) de tous les cas corroborés de maltraitance démontre l'importance des besoins des enfants maltraités. Sur les plans physique, psychologique ou cognitif, au moins un problème de fonctionnement a été signalé dans presqu'un tiers (30 %) des cas. Les problèmes les plus courants sont associés à la dépression ou à l'anxiété et aux retards de développement (13 % et 9 % des cas corroborés respectivement).

De la même manière, au moins un problème de comportement a été signalé dans plus du tiers (38 %) des cas corroborés. Les problèmes de comportement étaient ceux qui étaient les plus courants chez les enfants, ayant été

signalés dans environ 1 cas sur 4 (26 %). Les activités à risque avec les pairs, l'absentéisme scolaire et la violence envers les autres étaient également des problèmes importants, chacun d'entre eux ayant été signalé dans presque 10 % des cas. Il n'y avait pas suffisamment de cas documentant la prostitution pour qu'on puisse obtenir une estimation fiable du nombre de cas où la prostitution a été relevée comme problème de fonctionnement. Il est important de souligner que ces données sont basées sur l'enquête initiale et ne tiennent pas compte des comportements qui peuvent devenir des problèmes après coup.

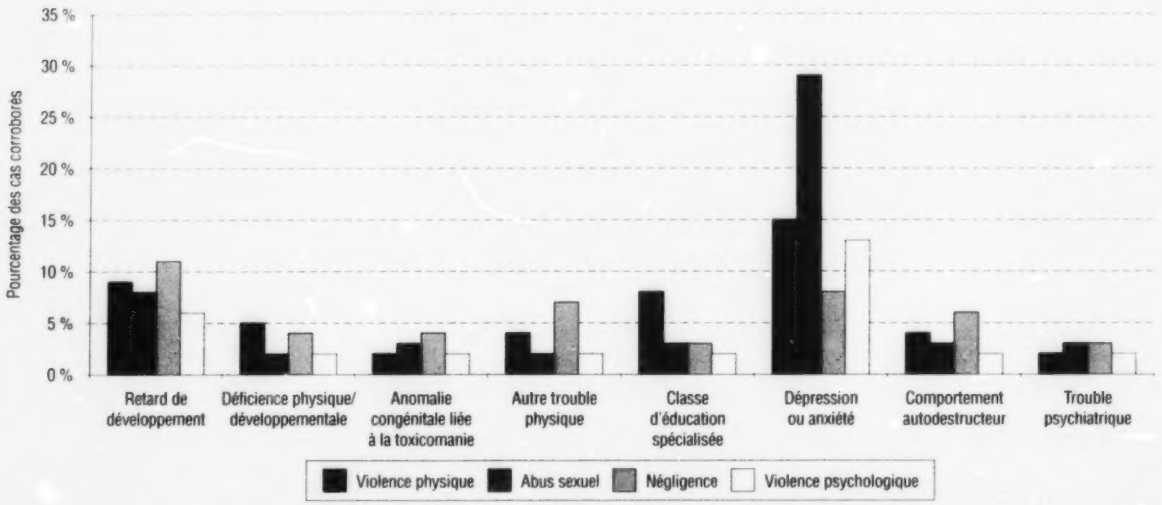
Violence physique : Les travailleurs enquêteurs ont généralement observé beaucoup de problèmes de fonctionnement de divers ordres chez les enfants victimes de violence physique. Ils ont notamment constaté que dans plus de la moitié (56 %) des cas de violence physique corroborés, l'enfant avait un problème de fonctionnement, sous une forme ou une autre. Comme l'indiquent les figures 3-2 (a) et 3-2 (b), les cinq problèmes les plus souvent cités étaient les problèmes de comportement (39 %), les activités à risque avec les pairs (15 %), la dépression ou l'anxiété (15 %), la violence vis-à-vis d'autrui (11 %), et les retards de développement (9 %). Dans l'ensemble, un problème physique, psychologique ou cognitif a été signalé dans 31 % des cas de violence physique corroborés, et un problème de comportement dans presque la moitié (49 %) des cas.

Abus sexuel : Les travailleurs enquêteurs ont également observé divers genres de problèmes chez les enfants victimes d'abus sexuel, ayant constaté que 58 % de tous les cas d'abus sexuel corroborés avaient un problème de fonctionnement sous une forme ou une autre. Les figures 3-2 (a) et 3-2(b) indiquent que les cinq problèmes de fonctionnement les plus souvent cités étaient la dépression ou l'anxiété (29 %), un comportement sexuel inadapté pour l'âge (17 %), un problème de comportement (14 %), des activités à risque avec les pairs (13 %), et l'absentéisme scolaire (10 %). Fait relativement étonnant, les fugues ont été mentionnées dans seulement 3 % des cas d'abus sexuel, comparativement à 7 % dans les cas de violence physique et de négligence. Dans l'ensemble, un problème physique, psychologique ou cognitif a été signalé dans 42 % des cas d'abus sexuel corroborés, et un problème de comportement dans environ le tiers (34 %) des cas.

Négligence : Dans un peu plus de la moitié (52 %) des cas de négligence corroborés, l'enfant avait un problème de fonctionnement sous une forme ou une autre. Les figures 3-2(a) et 3-2(b) indiquent que les types de problèmes chez les enfants négligés étaient semblables à ceux observés chez les enfants victimes de violence physique, quoique d'une gravité moindre : les quatre problèmes le plus souvent cités étaient des problèmes de comportement généraux (26 %), l'absentéisme scolaire (15 %), un retard de développement (11 %), et les activités à risque avec les pairs (10 %), la dépression ou l'anxiété ayant été signalés dans 8 % des cas de négligence. Dans l'ensemble, un problème physique, psychologique ou cognitif a été signalé dans 30 % des cas de négligence corroborés, et un problème de comportement dans plus du tiers (39 %) des cas.

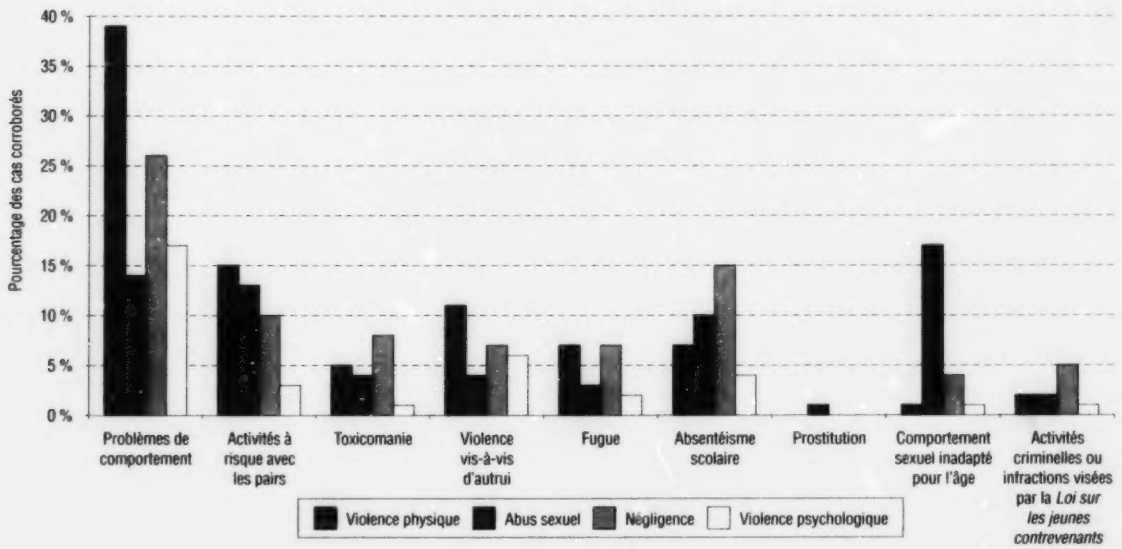
Violence psychologique : C'est chez les enfants victimes de violence psychologique que les travailleurs enquêteurs ont enregistré le pourcentage le plus faible de problèmes de fonctionnement : dans un peu plus du tiers (36 %) des cas corroborés, l'enfant a été décrit comme ayant au moins un problème de fonctionnement. Les figures 3-2(a) et 3-2(b) indiquent que les deux problèmes les plus souvent cités étaient la dépression ou l'anxiété (13 %) et les problèmes de comportement (17 %). Dans l'ensemble, un problème physique, psychologique ou cognitif a été signalé dans 22 % des cas de violence psychologique, et un problème de comportement dans 1 cas sur 4 (25 %).

Figure 3-2 (a)
Fonctionnement de l'enfant : problèmes physiques, psychologiques et cognitifs par principale catégorie de mauvais traitements corroborés



Source : Rapport final de l'ECI, tableau 6–4(a)

Figure 3-2 (b)
Fonctionnement de l'enfant : problèmes de comportement par principale catégorie de mauvais traitements corroborés



Source : Rapport final de l'ECI, tableau 6–4(b)

Profil de la famille

Parents et autres membres de la famille à la maison

Les données sur le profil de la famille fournissent des renseignements précieux sur la structure du ménage et le contexte de la maltraitance des enfants. Les études indiquent, par exemple, que les enfants issus de familles monoparentales sont beaucoup plus exposés à un risque de violence physique et de négligence, fort probablement en raison du stress accru, des ressources réduites, de la nécessité d'assumer seul le fardeau lié à l'éducation des enfants et du statut socio-économique plus faible que celui des familles biparentales[27]. De la même manière, la maltraitance, en particulier la violence physique et la négligence sur le plan de l'éducation, est plus courante dans les familles nombreuses, où l'arrivée d'un autre enfant dans la famille signifie plus de travail, plus de responsabilités et plus d'exigences.

L'ECI a permis de recueillir des renseignements sur les deux parents de l'enfant ou deux des autres personnes qui en prennent soin, au plus[28]. Pour chacune des personnes qui prennent soin de l'enfant, les travailleurs enquêteurs devaient déterminer la catégorie qui décrivait le mieux le lien entre ces personnes et les enfants à la maison. Si la personne qui prenait soin de l'enfant était l'un des parents biologiques d'un des enfants et le beau-parent d'un autre enfant dans la famille, les travailleurs devaient indiquer « beau-parent » pour la personne qui prenait soin de l'enfant[29]. Si la structure du ménage avait récemment changé, les travailleurs enquêteurs devaient décrire la situation qui prévalait à la date du changement.

Toutes catégories de maltraitance confondues, presque la moitié (44 %) des cas étaient des enfants issus de familles monoparentales, et plus du tiers (38 %) de ces familles étaient dirigées par la mère, et 6 %, par le père. Un autre 28 % étaient des enfants qui vivaient avec leurs deux parents biologiques, et 19 % vivaient dans des familles biparentales reconstituées où l'une des personnes prenant soin des enfants était un beau-parent, un conjoint de fait ou un parent adoptif qui n'était pas le parent biologique d'au moins un des enfants de la famille. Par comparaison, les familles de recensement dirigées par une femme représentaient 17 % des familles comprenant des enfants ayant moins de 17 ans en 1996; 80 % des familles étaient dirigées par le mari et la femme[30].

La figure 3-3 présente la structure du ménage selon la principale catégorie de mauvais traitements corroborés. En général, il n'y a pas beaucoup de différences à ce chapitre : la plupart des enfants vivaient soit avec deux parents biologiques ou beaux-parents, soit avec leur mère. Cependant, comme l'indique la figure, ce sont les enfants victimes d'abus sexuel qui étaient le plus susceptibles de vivre avec leurs

---

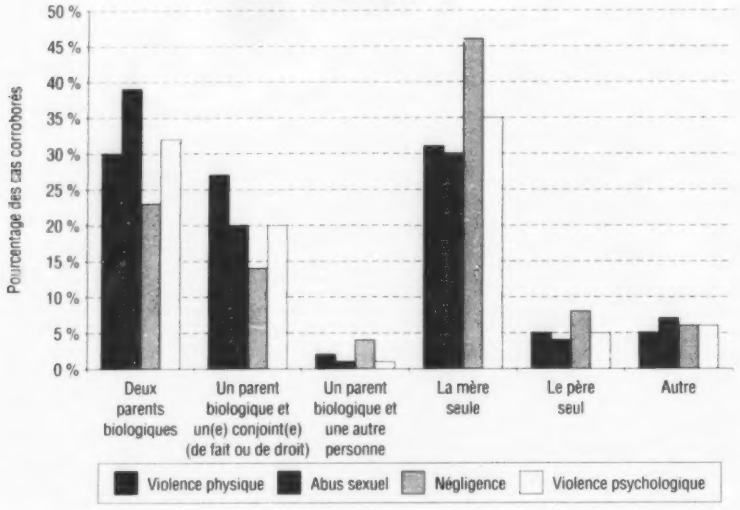
27 National Research Council. *Understanding child abuse and neglect*. Washington: National Academy Press, 1993.

28 Il a fallu restreinde à deux le nombre de personnes prenant soin de l'enfant en raison de la longueur de la Feuille de renseignements sur le ménage. Les personnes qui prennent soin de l'enfant sont généralement les parents et/ou les beaux-parents qui demeurent à la maison; si une seule des personnes qui prennent soin de l'enfant vivait à la maison et une deuxième à l'extérieur, des renseignements ont été recueillis sur ces deux personnes, mais ils n'ont pas été mentionnés ici.

29 Il a fallu faire ce compromis parce que la Feuille de renseignements sur le ménage a servi de source d'information commune pour tous les enfants de la famille. Il aurait fallu élaborer une série de questions beaucoup plus détaillées s'il avait fallu recueillir pour chacun des enfants les renseignements sur la personne chargée d'en prendre soin et, en l'occurrence, le formulaire aurait été beaucoup plus long. Les renseignements sur la relation entre l'enfant et la personne qui en prend soin sont disponibles pour les personnes prenant soin de l'enfant qui ont fait l'objet d'une enquête en tant qu'auteurs présumés de maltraitance.

30 Statistique Canada. *Familles de recensement dans les ménages privés selon le groupe d'âge des fils et/ou filles jamais mariés à la maison, par structure de la famille*. No 93F0022XPB96009 au Catalogue. Ottawa, Statistique Canada, 1996.

Figure 3-3
Structure du ménage par principale catégorie de mauvais traitements corroborés



Source : Rapport final de l'ECI, tableau 7–1

deux parents biologiques, et les enfants victimes de négligence les plus susceptibles de vivre avec leur mère seulement.

Environ la moitié (51 %) des cas de maltraitance corroborés étaient des enfants dont l'un des frères ou soeurs au moins était également enquêté. Les frères et soeurs étaient plus généralement enquêtés pour négligence (53 %) et violence psychologique (67 %) que pour violence physique (36 %) ou abus sexuel (42 %).

Revenu familial

Plusieurs facteurs majeurs, propres au milieu, influent sur la maltraitance des enfants, principalement le faible statut socio-économique (généralement défini comme un revenu familial sous le seuil de la pauvreté, le chômage et un faible niveau d'instruction) et les conditions de logement.

Selon des études récentes, le lien entre la maltraitance des enfants et la pauvreté n'est probablement pas attribuable à une erreur systématique dans les cas déclarés[31]. Cela signifie que le contexte économique — possibilités réduites quant au soin des enfants, logement surpeuplé et conditions de logement dangereuses, etc. — est un facteur qui influe sensiblement sur les taux d'incidence.

Les travailleurs enquêteurs devaient déterminer la source de revenu qui décrivait le mieux la principale source de revenu de la personne qui prenait soin de l'enfant. Ils ont déterminé la source de revenu en fonction de six catégories possibles :

Temps plein : Au moins une des personnes s'occupant de l'enfant exerce un emploi permanent à temps plein.

Temps partiel/emploi saisonnier/plusieurs emplois : Le revenu du ménage provient essentiellement d'un emploi à temps partiel (moins de 30 heures par semaine), d'emplois à temps plein ou à temps partiel occupés de manière temporaire pendant l'année ou de plusieurs emplois temporaires à temps partiel. Aucune des personnes s'occupant de l'enfant n'exerce d'emploi permanent à temps plein.

Prestations/assurance-emploi/aide sociale : Le revenu du ménage provient essentiellement de prestations (prestations d'invalidité de longue durée, rentes ou pension alimentaire pour enfants), de prestations d'assurance-emploi ou de l'aide sociale (aide sociale générale ou aide à la famille).

[31] Pelton LH. The role of material factors in child abuse and neglect. Dans : Melton GB, Barry FD, éds. *Protecting children from abuse and neglect: foundations for a new national strategy*. New York: Guilford, 1994:131-81.

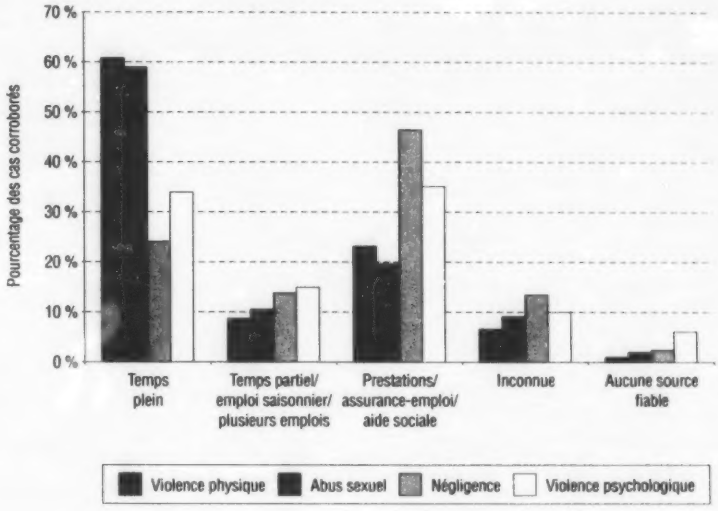
Inconnue : La source du revenu n'est pas connue.

Source non fiable : Le ménage ne dispose d'aucune source fiable de revenu. Les personnes qui s'occupent de l'enfant peuvent exercer des emplois temporaires, mais ceux-ci sont imprévisibles et le ménage ne peut compter sur ces emplois pour établir son budget.

Renseignement non fourni : La source du revenu n'a pas été indiquée.

Plus de la moitié (51 %) des familles dans les cas de maltraitance corroborés tiraient leur principale source de revenu d'un emploi à temps plein ou à temps partiel, et plus du tiers (35 %) recevaient des prestations d'aide sociale ou d'autres types de prestations.

Figure 3-4
Source de revenu du ménage par principale catégorie de mauvais traitements corroborés



Source : Rapport final de l'ECI, tableau 7–5

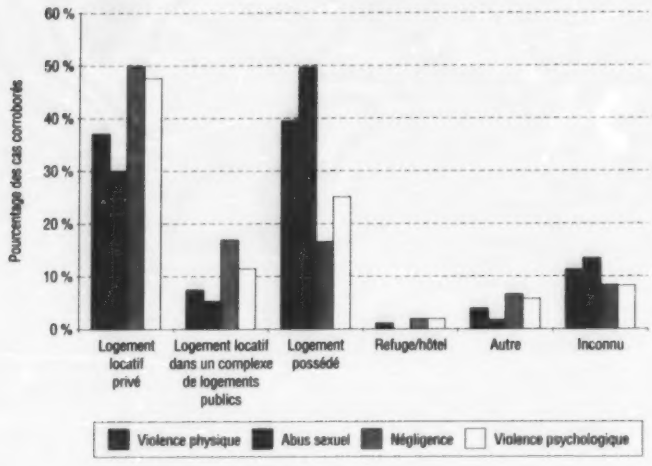
La figure 3-4 présente les sources de revenu des ménages par principale catégorie de mauvais traitements corroborés. On observe une différence nette concernant la source de revenu entre les cas de violence physique et d'abus sexuel, et la négligence et la violence psychologique. Dans les cas de violence physique et d'abus sexuel, environ 60 % des familles tiraient leur revenu d'un emploi à temps plein, comparativement aux cas de négligence, où c'était le cas de 24 % des familles, et aux cas de violence psychologique, où c'était le cas de 34 % des familles. La négligence et la violence psychologique étaient plus courantes dans les familles qui recevaient des prestations d'aide sociale ou d'autres types de prestations.

Logement

La maltraitance des enfants, en particulier la négligence, est souvent associée à l'omission de satisfaire aux besoins fondamentaux de l'enfant au point de compromettre sa santé et sa sécurité. Il a été démontré que la pauvreté, l'inconnu et le chaos familial, la promiscuité et les nombreux déménagements sont des caractéristiques de sévices non intentionnels, de même que de maltraitance, ce qui laisse croire que le risque de sévices augmente avec le nombre de ces facteurs de stress[32]. De plus, la sécurité à la maison englobe un grand nombre de facteurs, comme l'exposition des enfants à des substances toxiques, le rangement des médicaments ou des armes à feu dans un endroit qui leur est accessible, l'utilisation d'appareils de chauffage défectueux ou dangereux. De la même manière, la santé et la sécurité des enfants peuvent être compromises à la maison si les parents ou les personnes qui prennent soin des enfants ne s'occupent pas convenablement des animaux domestiques, de la lessive,

[32] Peterson L, Brown D. Integrating child injury and abuse-neglect research: common histories, etiologies, and solutions. *Psychological Bulletin* 1994;116:293-315.

Figure 3-5
Type de logement par principale catégorie de mauvais traitements corroborés



Source : Rapport final de l'ECI, tableau 7–6

du lavage de la vaisselle, et d'autres corvées quotidiennes de ce genre.

Les travailleurs enquêteurs devaient déterminer la catégorie de logement qui décrivait le mieux le logement dans lequel l'enfant vivait :

Logement locatif privé : Logement privé loué, qu'il s'agisse d'un appartement, d'une maison ou d'une maison en rangée.

Logement locatif dans un complexe de logements publics : Logement loué dans un complexe de logements publics (subventionné, appartenant à l'État).

Logement possédé : Maison, copropriété ou maison en rangée, dont les occupants sont propriétaires.

Refuge/hôtel : Refuge pour les sans-abri ou les familles, hôtel (chambre pour une personne) ou logement temporaire dans un motel.

Inconnu : Type de logement inconnu.

Autre : Toute autre forme d'abri (caserne ou logement des Forces armées, roulotte, maison mobile, etc.).

Outre le genre de logement, les travailleurs enquêteurs devaient indiquer si l'enfant enquêté vivait dans des conditions de logement dangereuses où il risquait de se blesser ou de subir d'autres sévices (p.ex., fenêtres brisées, chauffage insuffisant, parents et enfants partageant une seule pièce). Les travailleurs ont également consigné le nombre de déménagements effectués au cours des 6 mois précédant l'enquête.

Au moment de l'étude, plus de la moitié de tous les cas de maltraitance corroborés étaient des enfants vivant dans des logements locatifs (44 % dans des logements privés et 12 % dans des logements publics), 28 % dans des logements possédés, et 1 % dans des refuges ou des centres d'hébergement. Dans la plupart des cas, les conditions de logement ont été décrites comme sûres (63 %), bien que dans plus de 1 cas sur 5 (22 %), l'enfant a été considéré comme vivant dans des conditions dangereuses. De plus, dans environ 1 cas de maltraitance sur 4, l'enfant avait déménagé au moins une fois au cours des 6 mois précédents.

Violence physique : La plupart des cas de violence physique corroborés habitaient un logement locatif privé (37 %) ou un logement possédé (40 %) (figure 3-5). Les travailleurs enquêteurs ont observé des conditions de logement dangereuses dans 14 % de ces cas. De plus, dans la plupart des cas (55 %), l'enfant n'avait pas déménagé au cours des 6 mois précédents, bien que dans un autre 18 % des cas, l'enfant avait déménagé au moins une fois.

Abus sexuel : Comme pour la violence physique, la plupart des cas d'abus sexuel corroborés habitaient un logement possédé (50 %) ou un logement locatif privé (30 %). Les conditions à la maison ont été considérées peu sûres dans 18 % des cas, soit un pourcentage légèrement supérieur à celui enregistré dans les cas de

violence physique. Le pourcentage de déménagements le plus faible a été enregistré dans les cas d'abus sexuel corroborés, 63 % d'entre eux n'ayant pas déménagé au cours des 6 mois précédents et 13 % ayant déménagé au moins une fois.

Négligence : Contrairement aux cas de violence physique et d'abus sexuel, seulement 17 % des cas de négligence corroborés habitaient un logement possédé. La majorité (67 %) habitaient un logement locatif privé ou un logement public. De plus, le pourcentage le plus élevé de cas vivant dans des conditions de logement dangereuses et le nombre le plus élevé de déménagements ont été enregistrés dans les cas de négligence (31 %); en l'occurrence, dans presque 1 cas sur 3 (29 %), l'enfant avait déménagé au moins une fois au cours des 6 mois précédents.

Violence psychologique : Comme dans les cas de négligence, la majorité des cas de violence psychologique corroborés habitaient un logement locatif privé ou un logement public (59 % pour les deux catégories), et 25 % un logement possédé. Le pourcentage de cas vivant dans des conditions de logement dangereuses (16 %) était comparable à celui enregistré dans les cas de violence physique et d'abus sexuel. Dans 1 cas sur 4 (25 %), l'enfant avait déménagé au moins une fois au cours des 6 mois précédents.

Fonctionnement de la personne prenant soin de l'enfant et facteurs de stress familiaux

Dans un grand nombre de cas, les parents violents ont été peu exposés à un modèle et à un soutien parental positif, et leurs relations familiales passées ont souvent été difficiles et marquées par la violence, l'alcoolisme et une vie familiale perturbée. La vie au jour le jour leur semble stressante et frustrante et, par conséquent, ils préfèrent ménager les occasions de soutien parce qu'ils ne veulent pas dépenser l'énergie nécessaire pour maintenir des relations sociales. Malheureusement, la violence conjugale va souvent de pair avec la violence envers les enfants. Dans 30 % à 60 % des familles où un enfant est maltraité ou que la femme est battue, l'autre forme de violence est également présente[33].

De plus, les familles maltraitantes n'ont pas de relations sociales significatives avec les autres membres de la famille élargie, les voisins, la communauté et les organismes sociaux qui sont les mieux placés pour leur venir en aide[34]. L'isolement social est souvent associé à d'autres conditions de vie stressantes, comme l'absence de services de garderie adéquats, de groupes d'entraide ou d'amis proches et d'un logement adéquat[35]. En outre, la vie sociale de l'enfant peut être restreinte dans un souci d'éviter de mettre au grand jour la situation familale.

Les travailleurs enquêteurs ont examiné les facteurs de stress familiaux et le fonctionnement des personnes qui prennent soin des enfants à partir d'une liste de 10 éléments qui pouvaient s'appliquer à l'une ou l'autre des personnes prenant soin de l'enfant. Au besoin, le point de repère dans les cas où des problèmes de fonctionnement ont été relevés chez la personne prenant soin de l'enfant était la période de 6 mois précédant l'enquête[36]. La liste comprend les éléments suivants :

---

[33] Edleson JL. The overlap between child maltreatment and woman battering. *Violence Against Women* 1999;5:134-54.

[34] Korbin JE. Sociocultural factors in child maltreatment. Dans : Melton GB, Barry FD, éds. *Protecting children from abuse and neglect: foundations for a new national strategy*. New York: Guilford, 1994:182-223.

[35] Thompson RA. Social support and the prevention of child maltreatment. Dans : Melton GB, Barry FD, éds. *Protecting children from abuse and neglect: foundations for a new national strategy*. New York: Guilford, 1994:40-130.

[36] La plupart des éléments ont été évalués selon une échelle à deux points distinguant les cas « confirmés » des cas « présumés » de problèmes de fonctionnement. Le problème était considéré comme « confirmé » s'il avait été diagnostiqué formellement, observé par le travailleur enquêteur ou un autre travailleur, ou révélé par la personne qui prend soin de l'enfant. Il était considéré comme « présumé » si les soupçons du travailleur enquêteur étaient suffisants pour que celui-ci consigne le problème dans son évaluation écrite de la famille. Pour les besoins du présent rapport, les deux catégories ont été intégrées.

Toxicomanie : On sait ou soupçonne que la consommation d'alcool pose un problème dans la famille ou l'on sait ou soupçonne qu'au moins une des personnes s'occupant de l'enfant consomme des médicaments de prescription, des drogues illicites ou d'autres substances de manière abusive.

Activités criminelles : On sait ou soupçonne qu'au moins une des personnes s'occupant de l'enfant permet que des actes criminels soient commis au su des enfants ou encore que cette personne est absente pour cause d'incarcération.

Déficit cognitif : On sait ou soupçonne que le déficit cognitif d'au moins une des personnes s'occupant de l'enfant a un impact sur la qualité des soins que cette personne prodigue à la famille.

Problèmes de santé mentale : On sait ou soupçonne qu'au moins une des personnes s'occupant de l'enfant souffre de problèmes de santé mentale.

Problèmes de santé physique : On sait ou soupçonne qu'au moins une des personnes s'occupant de l'enfant souffre d'une maladie chronique, est fréquemment hospitalisée ou présente une déficience physique.

Absence d'appuis sociaux : On sait ou soupçonne qu'au moins une des personnes s'occupant de l'enfant est socialement isolée ou dépourvue d'appuis sociaux.

Antécédents de mauvais traitements pendant l'enfance : On sait ou soupçonne qu'au moins une des personnes s'occupant de l'enfant a été victime de mauvais traitements pendant son enfance.

Violence conjugale : On sait ou soupçonne qu'au moins une des personnes s'occupant de l'enfant entretient une relation violente avec son conjoint.

Litige portant sur la garde de l'enfant : Le travailleur enquêteur sait qu'il y a un litige au sujet de la garde de l'enfant et que les tribunaux en ont été saisis.

Autres préoccupations : Tout autre problème/préoccupation lié au fonctionnement de la personne s'occupant de l'enfant.

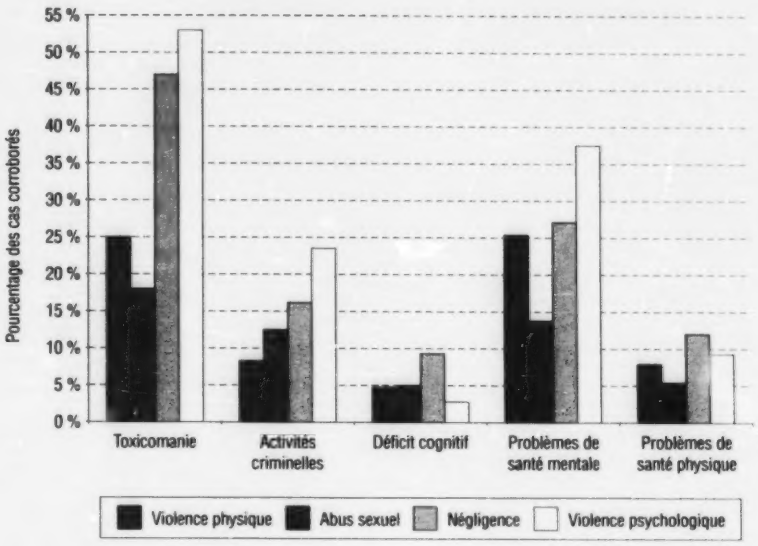
Les problèmes liés au fonctionnement de la personne qui prend soin de l'enfant et aux facteurs de stress familiaux étaient relativement courants dans les quatre catégories de mauvais traitements corroborés. Au moins un problème de cet ordre a été observé dans 74 % des cas corroborés. Parmi les personnes prenant soin de l'enfant, 40 % avait des problèmes de toxicomanie et 28 % des problèmes de santé mentale. Fait qui n'a rien d'étonnant, les travailleurs ont constaté qu'un grand nombre d'autres facteurs de stress importants et d'antécédents ont pu jouer un rôle dans la maltraitance, comme les antécédents de violence pendant l'enfance (38 %), la violence conjugale (33 %), et les litiges portant sur la garde de l'enfant (9 %). De plus, environ 1 famille sur 3 a été décrite comme ne bénéficiant d'aucun appui. Il faut souligner que les travailleurs ont mentionné parfois plus d'un problème par famille ou personne prenant soin de l'enfant, ce qui explique que les pourcentages dépassent 100 %. Les figures 3-6(a) et 3-6(b) présentent des données sur le fonctionnement des personnes qui prennent soin des enfants et les facteurs de stress familiaux pour chaque principale catégorie de mauvais traitements corroborés.

Violence physique : Les travailleurs enquêteurs ont observé au moins un facteur de stress familial ou un problème de fonctionnement chez la personne qui prend soin de l'enfant dans les deux tiers (66 %) des cas de violence physique corroborés. Les problèmes les plus courants étaient des antécédents de mauvais traitements pendant l'enfance (35 %) et l'absence d'appuis sociaux (28 %). Des problèmes de santé mentale et de toxicomanie ont été observés dans 25 % des cas. Les personnes prenant soin des enfants et les familles exerçant de la violence physique envers les enfants étaient en outre impliquées dans des litiges concernant la garde des enfants et avaient un grand nombre d'autres problèmes.

Abus sexuel : Dans le cas des enfants victimes d'abus sexuel, les familles et les personnes prenant soin des enfants ont été décrites comme ayant un peu moins de problèmes ou préoccupations que dans le cas des enfants victimes des autres catégories de mauvais traitements, bien qu'ils n'en fussent pas exempts : au moins un facteur de stress familial ou un problème de fonctionnement chez la personne prenant soin de l'enfant a été observé dans plus de la moitié (55 %) des cas d'abus sexuel corroborés. Le problème le plus souvent mentionné (22 %) était la violence subie durant l'enfance. En outre, ces personnes et familles avaient des problèmes de toxicomanie (18 %), de santé mentale (14 %), de violence conjugale (10 %) et exerçaient des activités criminelles (13 %).

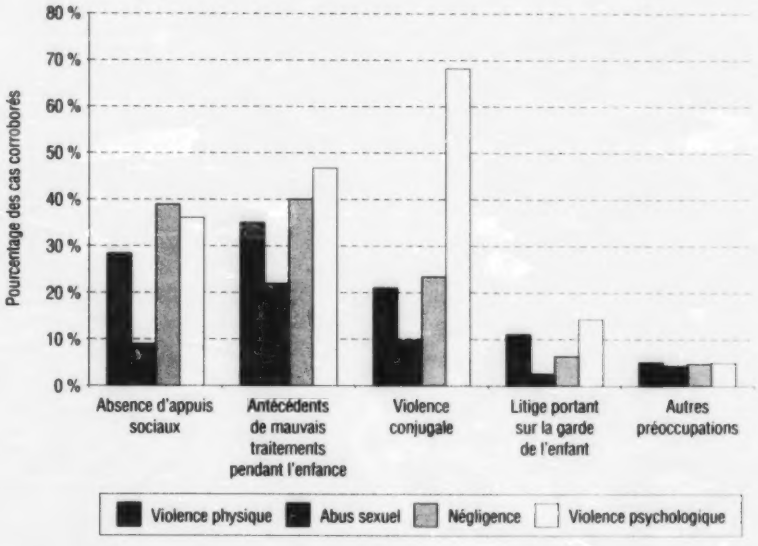
Négligence : Au moins un facteur de stress familial ou un problème de fonctionnement chez la personne prenant soin des enfants a été observé dans les trois quarts des cas de négligence corroborés (75 %). Presque la moitié des personnes prenant soin des enfants dans les cas de négligence corroborés avaient un problème de toxicomanie (47%). D'autres problèmes majeurs ont également été notés, surtout leur participation à des activités criminelles (16 %), et des problèmes de santé mentale (27 %). Des antécédents de violence remontant à l'enfance (40 %), l'absence d'appuis (39 %) et des problèmes de violence conjugale (23 %) étaient également

Figure 3-6 (a)
Fonctionnement des personnes prenant soin des enfants et facteurs de stress familiaux par principale catégorie de mauvais traitements corroborés



Source : Rapport final de l'ECI, tableau 7–10(a)

Figure 3-6 (b)
Fonctionnement des personnes prenant soin des enfants et facteurs de stress familiaux par principale catégorie de mauvais traitements corroborés



Source : Rapport final de l'ECI, tableau 7–10(b)

observés dans des cas de négligence corroborés.

Violence psychologique : Parmi toutes les catégories de mauvais traitements, c'est dans les cas de violence psychologique qu'on enregistre le nombre le plus élevé de facteurs de stress familiaux et de problèmes de fonctionnement chez les personnes prenant soin des enfants : dans presque 9 cas de violence psychologique sur 10 (89 %), au moins un facteur de stress familial ou un problème de fonctionnement chez la personne prenant soin de l'enfant a été enregistré. Selon toute vraisemblance, ces problèmes importants ont joué un rôle dans la maltraitance de l'enfant (par exemple, l'enfant a été exposé à la violence ou à l'abus d'alcool ou d'autres drogues à la maison). En l'occurrence, dans plus de la moitié (53 %) de ces cas, les travailleurs ont constaté des problèmes de toxicomanie, dans plus du tiers des cas, ils ont constaté des problèmes de santé mentale, et dans presque le quart des cas, la participation à des activités criminelles a été mentionnée. Par ailleurs, plus des deux tiers des familles (68 %) avaient des problèmes de violence conjugale (le lecteur doit remarquer que l'exposition à la violence conjugale est l'un des facteurs ayant permis de détecter les cas de violence psychologique), et un grand nombre de cas avaient subi de la violence durant l'enfance. Fait qui n'est pas étonnant, 1 famille sur 3 ne bénéficiait d'aucun appui.

Résumé

Cinquante et un pour cent des cas de maltraitance corroborés étaient des garçons et 49 % des filles. Dans les cas de violence physique, le pourcentage de victimes était plus élevé chez les garçons (60 %) que chez les filles (40 %), tandis que dans les cas d'abus sexuel, 69 % des victimes étaient des filles et 31 % des garçons. Il est intéressant de constater que les garçons victimes d'abus sexuel étaient environ trois fois plus nombreux dans le groupe des 4-7 ans que dans les autres groupes d'âge. Les garçons et les filles étaient représentés à peu près également dans les cas de négligence et de violence psychologique. Le pourcentage le plus élevé des cas de négligence a été enregistré chez les garçons de 0-3 ans, et le pourcentage le plus élevé des cas de violence psychologique chez les filles de 4-7 ans.

Dans la moitié des cas de maltraitance corroborés, au moins un problème de fonctionnement a été observé chez l'enfant. La plupart de ces problèmes étaient des symptômes liés au stress, comme la dépression ou l'anxiété, de même que des problèmes de comportement, comme des activités à risque avec les pairs, l'absentéisme scolaire et la violence envers les autres. Ces données étaient basées sur l'enquête initiale et ne tenaient pas compte des comportements qui sont peut-être devenus des problèmes ultérieurement.

Les familles des enfants maltraités étaient de 1,5 fois plus susceptibles d'être dirigées par un seul parent que par deux parents (biologiques). Tandis que plus de la moitié des familles tiraient leur principal revenu d'un emploi à temps plein ou à temps partiel, un autre tiers recevaient des prestations d'aide sociale ou d'autres types de prestations.

Bien que dans la plupart des cas, les conditions de logement aient été décrites comme sûres, dans plus de 1 cas de maltraitance sur 5, les conditions dans lesquelles vivait l'enfant ont été considérées comme dangereuses. De plus, dans 1 cas sur 4, l'enfant avait déménagé au moins une fois au cours des 6 mois précédents.

Outre les conditions de logement et la situation financière difficiles, les personnes prenant soin des enfants maltraités avaient apparemment des problèmes d'adaptation majeurs, toutes catégories de mauvais traitements confondues. Mentionnons notamment des problèmes de toxicomanie, des problèmes de santé mentale, des antécédents de mauvais traitements pendant l'enfance et des problèmes de violence conjugale.

4 RÉPONSES COMMUNAUTAIRES À LA MALTRAITANCE

Ce chapitre porte sur les réponses communautaires à la maltraitance des enfants, notamment sur les sources de signalement des cas de maltraitance, l'issue des enquêtes, et l'orientation des enfants et des membres de la famille vers d'autres services. Ces renseignements sont essentiels pour plusieurs raisons. La prévention et l'intervention auprès des familles maltraitantes exigent, au minimum, la participation et la sensibilisation de la communauté à tous les niveaux. Les citoyens doivent partager ensemble la responsabilité d'assurer la sécurité des enfants, et il incombe à la communauté de fournir les services requis pour favoriser le signalement des cas de maltraitance et répondre aux besoins des familles et des enfants touchés.

De plus, des préoccupations ont été soulevées quant au sous-dénombrement des cas présumés de maltraitance, ce qui indique qu'il faudra peut-être compléter les mécanismes actuellement en place pour le signalement des cas[37]. L'opinion personnelle des professionnels sur le recours aux châtiments corporels est l'une des raisons expliquant le sous-dénombrement des cas, puisque le travailleur déclarera le cas comme un cas présumé de maltraitance selon qu'il croit ou non aux bienfaits des châtiments corporels. En outre, la gravité relative des sévices peut influer sur la décision du travailleur de signaler le cas ou non, c'est-à-dire que les lésions plus graves et plus visibles sont plus susceptibles d'être déclarées.

Ce chapitre commence par une étude des sources de signalement des familles et des enfants touchés aux services de protection de l'enfance. Les renseignements sur les sources de signalement fournissent des données descriptives importantes sur la manière dont les cas présumés de maltraitance sont identifiés par les professionnels, d'une part, et par les non-professionnels, d'autre part.

Source du signalement ou allégation

Sources professionnelles et sources non professionnelles

L'ECI a répertorié jusqu'à trois sources de signalement distinctes. Chacun des contacts avec l'agence ou le bureau de protection de l'enfance concernant un enfant ou une famille a été compté comme un signalement distinct. C'est la personne même qui a contacté l'agence ou le bureau de protection de l'enfance qui a été répertoriée comme source du signalement. Par exemple, si un enfant a révélé un cas de violence à un enseignant, qui a ensuite transmis l'information au directeur d'école qui, à son tour, a signalé le cas aux services de protection de l'enfance, seul le directeur a été retenu comme source de signalement. Cependant, si le directeur et l'un des parents de l'enfant ont téléphoné chacun de leur côté, ils ont été tous deux considérés comme des sources de signalement distinctes.

Le Formulaire d'évaluation des mauvais traitements de l'ECI comprenait 18 catégories précodées de sources de signalement, de même qu'une catégorie « autre ». En voici quelques unes :

> **Parent** : Parent qui prend soin de l'enfant faisant l'objet du signalement, de même qu'un parent n'ayant pas la garde de cet enfant.
>
> **Enfant :** Tout enfant identifié comme étant lui-même la source du signalement sur la Feuille de renseignements préliminaires.
>
> **Membre de la famille :** Toute personne apparentée à l'enfant en question. On a demandé aux travailleurs de cocher « autre » lorsque, dans le cas d'un enfant placé en famille d'accueil, les

[37] Loo SK, Bala NMC, Clark ME, Hornick JP. *La violence envers les enfants : signalement et classification des cas dans les établissements de soins de santé*. Ottawa : Santé Canada, 1998.

mauvais traitements ont été signalés par un membre de la famille d'accueil.

Voisin/ami : Tout voisin ou ami de l'enfant (ou des enfants), ou de la famille.

Anonyme : Tout dénonciateur non identifié.

Police : Tout membre des services de police, y compris les forces municipales et la GRC.

Personnel scolaire : Tout membre du personnel scolaire (enseignant, directeur d'école, aide-enseignant, psychologue scolaire, etc.).

Professionnel de la santé : Médecin ou membre du personnel infirmier d'un hôpital ou d'une clinique, et infirmière en santé publique.

Professionnels de la santé mentale : Professionnels des organismes de services familiaux et centres de santé mentale (autres que les services de psychiatrie des hôpitaux), et professionnels de pratique privée dans le domaine de la santé mentale (psychologues, travailleurs sociaux, autres thérapeutes) intervenant à l'extérieur des écoles, des hôpitaux, des organismes de protection de l'enfance et du champ d'application de la *Loi sur les jeunes contrevenants*.

Autres services de protection de l'enfance : Fournisseurs autorisés de services de protection de l'enfance de l'extérieur de la province ou du territoire.

Organismes communautaires : Organismes offrant divers programmes communautaires et de loisirs (p. ex., ligues de sports organisés, clubs de garçons ou filles); refuge ou service d'assistance pour les victimes de violence familiale ou les sans-abri; travailleurs sociaux; services de jour ou garderies; ou tout autre service ou organisme communautaire.

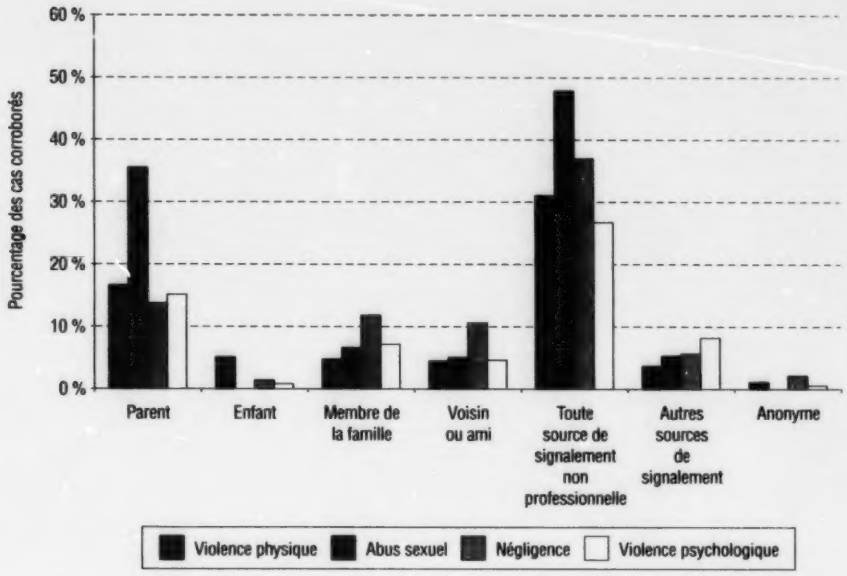
Autre source de signalement : Toute autre source de signalement.

Les professionnels ont fait presque les deux tiers (64 %) de tous les signalements de cas de maltraitance corroborés dans le cadre de leurs contacts avec les enfants (remarquons qu'un enfant peut être signalé par plus d'une source, et que le total peut ne pas correspondre à 100 %). Les deux principales sources de signalement professionnelles étaient le personnel scolaire et la police, qui ont signalé respectivement environ 1 cas corroboré sur 5 (20 % et 17 % respectivement). Les sources non professionnelles ont signalé environ le tiers (34 %) du nombre total de cas, les parents étant la principale source de signalement non professionnelle (17 %), suivis des membres de la famille (8 %) et des voisins ou des amis (7 %).

Les figures 4-1(a) et 4-1(b) décrivent la répartition des sources de signalement ou d'allégations professionnelles et non professionnelles par principale catégorie de mauvais traitements corroborés. D'abord, en ce qui concerne les sources de signalement non professionnelles (figure 4-1(a)), il n'y a guère de différences selon les catégories de mauvais traitements, sauf pour trois exceptions dignes de mention. Les cas de violence physique étaient plus souvent signalés par un enfant que les trois autres catégories de mauvais traitements. Une autre tendance, qu'il faut souligner, concerne le signalement des cas d'abus sexuel. Ces cas étaient plus souvent signalés par un parent (36 %) ou toute autre source non professionnelle (48 %) que les trois autres catégories de mauvais traitements. Enfin, les cas de négligence se distinguaient en ce qu'ils étaient signalés le plus souvent par un membre de la famille (12 %) ou des voisins ou des amis (11 %), ce qui est compatible avec cette catégorie de mauvais traitements.

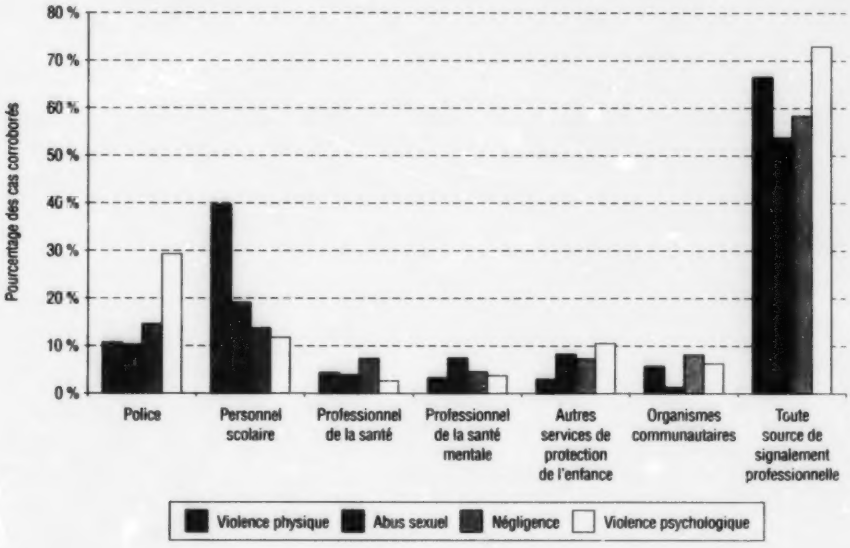
Quant aux sources de signalement ou d'allégation professionnelles (figure 4-1(b)), il n'y a généralement pas non plus de différences selon les catégories de mauvais traitements. Il faut cependant mentionner deux exceptions importantes, soit les cas de violence psychologique et de violence physique. Les cas de violence psychologique étaient plus souvent signalés (29 %) par la police que les autres catégories de mauvais traitements. Cette tendance s'explique fort probablement par le fait que les policiers interviennent lors du signalement d'un cas de violence conjugale, et signalent les enfants présents à la maison aux services de protection de l'enfance en raison de leur exposition à la violence conjugale (qui est une forme de

Figure 4-1(a)
Sources de signalement ou d'allégation (non professionnelles) par catégorie de mauvais traitements corroborés



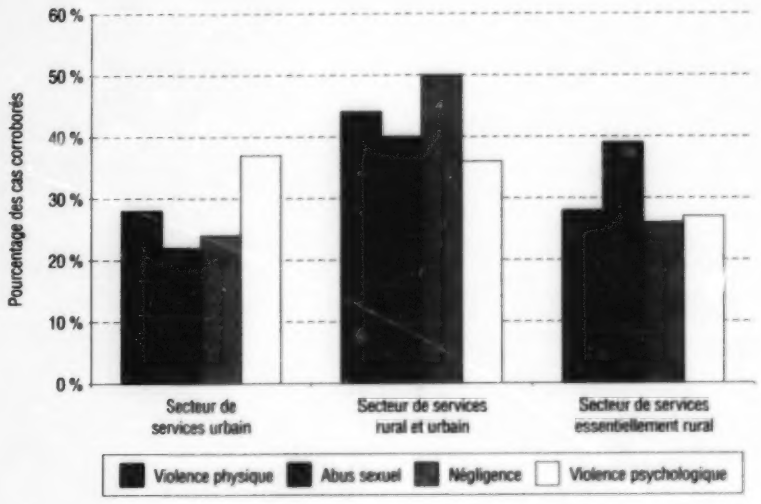
Source : Rapport final de l'ECI, tableau 8–1(a)

Figure 4-1(b)
Sources de signalement ou d'allégation (professionnelles) par catégorie de mauvais traitements corroborés



Source : Rapport final de l'ECI, tableau 8–1(b)

Figure 4-2
Secteurs de service (urbains et ruraux) des agences et des bureaux de protection de l'enfance, par principale catégorie de mauvais traitements corroborés



Source : Rapport final de l'ECI, tableau 8–6

violence psychologique pour ces enfants). Par ailleurs, les cas de violence physique étaient beaucoup plus souvent signalés (40 %) par le personnel scolaire. Dans ce cas également, cette tendance s'explique par la forme même de la violence, c'est-à-dire que les enseignants (qui sont en contact tous les jours avec les enfants) sont à même d'observer les lésions subies ou d'écouter les enfants parler de la violence qu'ils subissent.

Signalements en milieu rural et urbain

Comme on l'a mentionné dans le chapitre 1, l'ECI est basée sur un échantillon de cas sélectionnés dans 51 centres d'un bout à l'autre du Canada, desservant des régions de taille différente, allant de régions rurales peu peuplées couvrant un vaste territoire à des régions urbaines à forte densité de population.

Les services de protection de l'enfance desservant à la fois des régions rurales et urbaines ont enquêté sur près de la moitié (44 %) des cas corroborés. Les services de protection de l'enfance desservant des régions urbaines et ceux desservant des régions rurales ont mené les enquêtes sur les autres cas dans une proportion égale (28 % dans chacun des cas). Comme le montre la figure 4-2, il n'y avait pas de différences majeures entre les secteurs de services urbains et ruraux en ce qui concerne les quatre catégories de mauvais traitements.

Issue des enquêtes

La mise en oeuvre de services communautaires uniformes et coordonnés, comme des services de relève, des comités de coordination chargés de collaborer aux enquêtes, des services thérapeutiques, la formation du personnel intervenant dans les cas de maltraitance des enfants et la participation des tribunaux, facilite la prévention et l'intervention en matière de maltraitance des enfants.

Cinq mesures prises à l'issue des enquêtes ont été documentées dans le Formulaire d'évaluation des mauvais traitements utilisé dans le cadre de l'ECI : 1) maintien des services de protection de l'enfance; 2) orientation vers d'autres services; 3) placement des enfants; 4) demande adressée au tribunal de la jeunesse; et 5) intervention de la police et accusations criminelles. Les données des services sur l'issue des enquêtes présentées dans ce chapitre doivent être interprétées avec circonspection, étant donné qu'elles ne tiennent compte que des mesures prises durant la période de l'enquête. D'autres mesures devraient être prises éventuellement dans le cas des dossiers qui sont restés ouverts après l'enquête initiale.

Maintien des services de protection de l'enfance

Bien que des services de protection de l'enfance soient disponibles dans chaque province, territoire et communauté, leur efficacité et leur rôle dans la communauté varient d'une région à l'autre. L'ECI a recueilli des données pour déterminer la nature et le genre de services les plus couramment utilisés, comme les familles d'accueil, les thérapies familiales, les thérapies pour enfants et d'autres services.

On a demandé aux travailleurs enquêteurs si le dossier du cas enquêté demeurerait ouvert en vue du maintien des services de protection de l'enfance après l'enquête initiale. Les travailleurs ont répondu à cette question à la lumière de l'information disponible lors de l'enquête initiale ou une fois celle-ci terminée. Il est important de comprendre que les mesures prises par suite de l'enquête auraient pu être différentes si les données de l'ECI avaient été recueillies sur une longue période.

Au terme de l'enquête initiale, 53 % des dossiers des cas corroborés sont demeurés ouverts aux fins du maintien des services, et 45 % ont été fermés. Dans les autres 2 % de cas de maltraitance corroborés, on attendait une décision par suite de procédures devant les tribunaux, d'une enquête policière en cours ou d'une évaluation incomplète.

Il n'y avait pas beaucoup de différences dans le nombre de dossiers demeurés ouverts ou fermés selon les catégories de mauvais traitements, sauf dans les cas de négligence. Les dossiers des cas de violence physique, d'abus sexuel et de violence psychologique sont demeurés ouverts dans environ la moitié des cas corroborés, tandis que les dossiers des cas de négligence sont demeurés ouverts dans une proportion légèrement supérieure (60 %), ce qui peut s'expliquer par la nature généralement chronique de la négligence et par l'opinion des travailleurs selon laquelle ces cas nécessitent des services permanents.

Placements

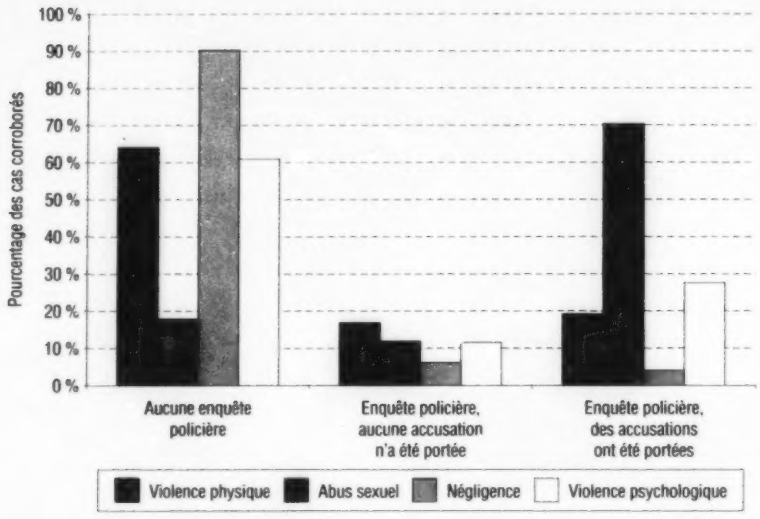
Bien que, dans la plupart des cas (72 %), il n'a pas été nécessaire de placer l'enfant, dans environ 1 cas sur 5, il a fallu retirer l'enfant de son milieu de vie habituel par suite de l'enquête. Ces enfants ont été soit placés d'une manière informelle (7 %), soit placés dans une famille d'accueil ou dans un autre établissement dont les services de protection de l'enfance sont responsables (15 %).

Dans le cas des enfants qu'il a fallu placer, les placements dans des familles d'accueil ou d'autres établissements des services de protection de l'enfance ont été presque deux fois plus nombreux dans les cas de négligence que dans les cas de violence physique et d'abus sexuel. Les placements ont été les moins nombreux dans les cas de violence psychologique (6 %).

Intervention du tribunal de la jeunesse

Une demande peut être adressée au tribunal de la jeunesse en vue d'obtenir une ordonnance de supervision (l'enfant est gardé à la maison) ou une tutelle provisoire (pour une période déterminée) ou permanente. Cependant, ces conditions varient d'une province à l'autre et peuvent ne pas s'appliquer dans certaines circonstances. L'ECI a répertorié le nombre de demandes adressées aux tribunaux ou qu'on avait l'intention d'adresser aux tribunaux durant l'enquête initiale, mais elle n'a pas répertorié le genre de demandes. Étant donné que des demandes ont pu être présentées après la période de collecte des données de l'ECI, les chiffres de l'ECI concernant les demandes adressées aux tribunaux devraient être considérés comme étant inférieurs aux chiffres réels. On envisageait d'adresser une demande au tribunal (10 %) ou on l'avait déjà fait (9 %) dans environ 1 cas de maltraitance corroboré sur 5. Ces demandes étaient envisagées ou ont été faites le plus souvent pour des cas de négligence (22 %) et de violence psychologique (21 %), et moins souvent pour des cas de violence physique (17 %) et d'abus sexuel (15 %).

Figure 4-3
Enquêtes policières et accusations portées par principale catégorie de mauvais traitements corroborés



Source : Rapport final de l'ECI, tableau 5–5

Intervention de la police et accusations criminelles

La police est de plus en plus appelée à intervenir dans toutes les situations où des accusations criminelles pourraient être portées, en particulier les cas d'abus sexuel et de violence physique à l'endroit d'enfants. Des protocoles détaillés entre les services de protection de l'enfance et les services de police prévoient les étapes de l'enquête où les services de police devraient être contactés, mais celles-ci varient selon la province ou le territoire. Dans le cadre de l'ECI, on a indiqué si une enquête policière avait été entreprise durant l'enquête menée par les services de protection de l'enfance et, le cas échéant, si des accusations criminelles avaient été portées ou étaient envisagées. Comme pour les autres interventions décrites dans ce chapitre, l'ECI n'a répertorié que les interventions faites durant l'enquête initiale menée par les services de protection de l'enfance; il est possible que la police ne soit intervenue dans certains cas qu'une fois les formulaires d'information de l'ECI remplis. Il faut en outre souligner que la police enquête également sur un grand nombre de cas de violence extra-familiale envers les enfants, dans lesquels les services de protection de l'enfance n'interviennent pas nécessairement.

La police est intervenue dans environ 1 cas corroboré de maltraitance sur 3. Des accusations criminelles ont subséquemment été portées dans environ 1 cas sur 5, et un autre 11 % des cas enquêtés par la police n'ont pas fait l'objet d'accusations. Comme l'indique la figure 4-3, l'abus sexuel était la catégorie de mauvais traitements pour laquelle la police a porté des accusations criminelles (70 %) le plus fréquemment. Environ le quart des enquêtes sur les cas de violence psychologique et le cinquième des enquêtes sur les cas de violence physique se sont également soldées par des accusations criminelles portées par la police. Par contraste, les cas de négligence ont rarement fait l'objet d'accusations criminelles (4 %).

Orientation vers les services à l'enfant et à la famille

L'ECI a répertorié les cas orientés vers des programmes offrant des services qui débordent le cadre du « maintien des services de protection de l'enfance ». On a demandé aux travailleurs d'indiquer tous les services vers lesquels la famille ou l'enfant a été orienté. Ceux-ci comprennent les programmes et services spécialisés offerts à l'interne par une agence ou un bureau de protection de l'enfance, de même que les programmes et services offerts par des agences ou des services de l'extérieur. Il s'agissait, pour le travailleur, d'indiquer si l'enfant ou la famille avait été formellement

orienté vers un programme ou un service donné, et non si l'enfant ou la famille avait effectivement commencé à recevoir les services. Quinze catégories de programmes et services ont été répertoriés, soit :

Programme de réunification/ préservation de la famille : Service offert dans la famille ou à domicile pour aider la famille, réduire les risques de placement ou aider l'enfant qui a été placé à retrouver sa famille (p. ex., Family Preservation, Home Builders).

Programme d'aide aux parents : Tout programme collectif conçu pour offrir de l'aide ou de l'éducation (Parents anonymes, cours d'éducation parentale, association d'aide aux parents).

Autres services de counselling familial/ parental : Programmes de thérapie/counselling familial ou de counselling conjugal (p. ex., services familiaux, centre de santé mentale).

Counselling en matière de toxicomanie : Programmes de traitement des toxicomanies (quelle que soit la substance consommée) s'adressant à des personnes qui prennent soin d'enfants.

Aide sociale : Orientation vers l'aide sociale en vue de résoudre les problèmes financiers du foyer.

Banque alimentaire : Orientation vers une banque alimentaire.

Refuge : Concerne les cas de violence familiale et d'itinérance.

Counselling en matière de violence familiale : Concerne les cas de violence familiale, les relations abusives ou les effets sur les témoins de la violence.

Services psychiatriques/ psychologiques : Orientation de l'enfant vers des services psychologiques ou psychiatriques (traumatisme, comportement à haut risque ou intervention).

Orientation vers un service d'éducation spécialisée : Programme scolaire spécialisé pour répondre aux besoins comportementaux, psychologiques ou éducationnels de l'enfant.

Programme récréatif : Orientation vers un programme récréatif communautaire (ligues de sports, loisirs communautaires, clubs de garçons et de filles).

Programme d'aide aux victimes : Programme d'aide aux victimes axé sur l'enfant.

Services médicaux/dentaires : Tout service spécialisé destiné à répondre aux besoins dentaires ou médicaux immédiats de l'enfant.

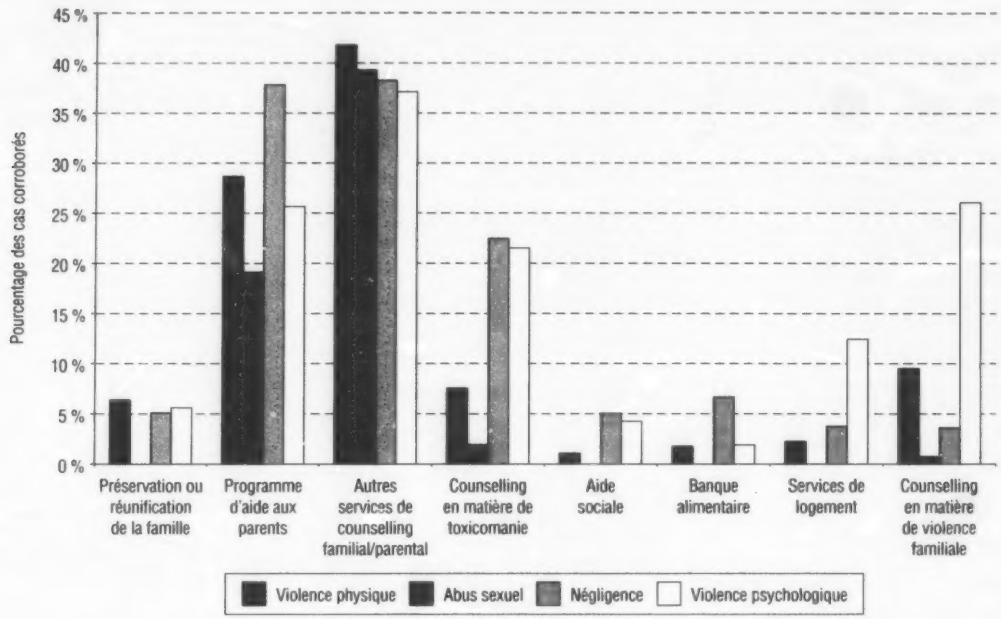
Autres services de counselling pour enfants : Tout autre service de counselling axé sur l'enfant (centre de counselling, centre de santé mentale, agence de services familiaux, counselling en matière de toxicomanie).

Autre orientation : Toute autre forme d'orientation axée sur la famille ou l'enfant.

Les services vers lesquels les cas ont été orientés étaient relativement les mêmes, plus des trois quarts (77 %) des cas de maltraitance corroborés ayant été adressés à au moins un des services à l'enfant ou à la famille. Toutes catégories de mauvais traitements confondues, les familles ont été orientées le plus souvent vers des programmes d'aide aux parents (31 %), de counselling (39 %), ou de counselling en matière de toxicomanie (17 %). Les enfants ont le plus souvent été adressés à des services psychiatriques ou psychologiques (23 %) ou à des services de counselling (23 %). Les figures 4-4(a) et 4-4(b) présentent la répartition des familles et des enfants orientés vers les divers services et programmes selon la principale catégorie de mauvais traitements corroborés.

Violence physique : Environ 3 cas de violence physique corroborés sur 4 (76 %) ont été adressés à au moins un des services à l'enfant ou à la famille. Comme l'indique la figure 4-4(a), les familles orientées vers des services ou programmes ont le plus souvent été adressées à des programmes d'aide aux parents et à d'autres services de counselling familial ou parental (plus du tiers de tous les cas), de même qu'à des programmes de counselling en matière de toxicomanie et en matière de violence familiale (environ 1 cas sur 10). Dans environ 2 cas de violence physique sur 5, les enfants ont été orientés vers des services psychiatriques ou psychologiques ou vers d'autres services de counselling pour enfants (figure 4-4(b)).

Figure 4-4 (a)
Familles orientées vers d'autres services, par principale catégorie de mauvais traitements corroborés

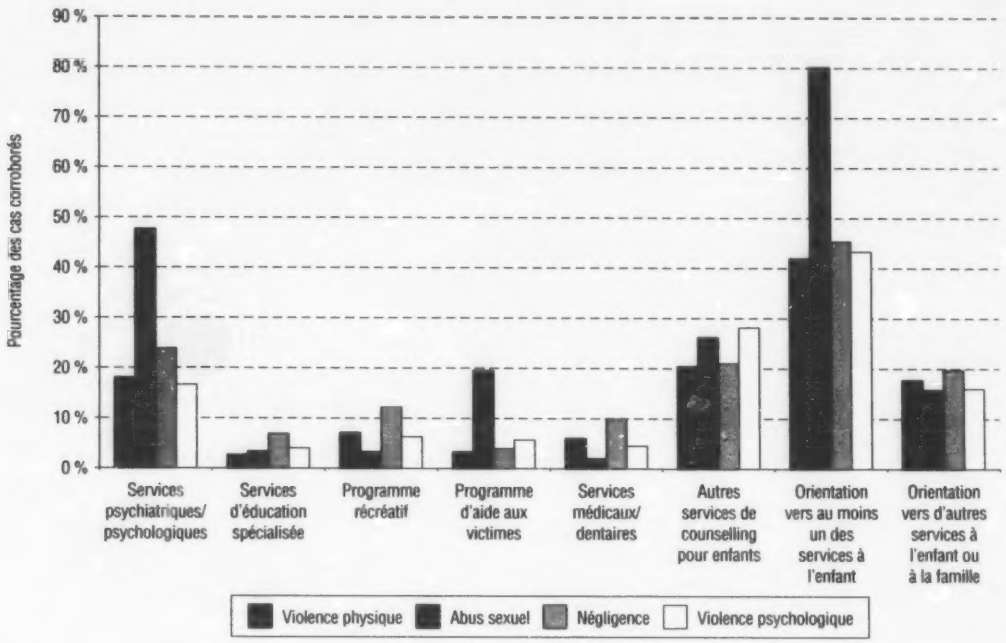


Source : Rapport final de l'ECI, tableau 5–2(a)

Abus sexuel : La vaste majorité (90 %) des cas d'abus sexuel corroborés ont été adressés à au moins un des services à l'enfant ou à la famille. La figure 4-4(a) indique que les familles orientées vers des services ont été le plus souvent adressées à des programmes d'aide aux parents et à d'autres programmes de counselling familial ou parental, ce qui peut refléter la décision du travailleur d'adresser les parents non maltraitants à des services communautaires dans le cadre d'une stratégie globale visant à venir en aide à l'enfant. De plus, dans 4 cas d'abus sexuel sur 5, au moins un enfant a été adressé à un service ou à un programme donné. Environ la moitié de ces enfants (48 %) ont été orientés vers des services psychiatriques ou psychologiques et 26 % pour d'autres services de counselling. Dans 1 sur 5 cas d'abus sexuel, l'enfant a été orienté vers un programme d'aide aux victimes, offert dans certaines collectivités pour aider les enfants victimes de mauvais traitements à comprendre les facteurs de stress associés aux procédures devant les tribunaux dans les cas d'accusations criminelles et à composer avec ces derniers.

Négligence : Comme dans les cas de violence physique, environ 3 cas de négligence corroborés sur 4 (74 %) ont été orientés vers au moins un des services à l'enfant ou à la famille. Comme l'indique la figure 4-4(a), les familles ont le plus souvent été orientées vers des programmes d'aide aux parents (38 %), d'autres programmes de counselling familial ou parental (38 %), et des programmes de counselling en matière de toxicomanie (22 %). Les enfants négligés ont été adressés à divers genres de services, ce qui s'explique par la nature même de cette forme de mauvais traitements. Il s'agit, en l'occurrence, de services psychiatriques ou psychologiques (24 %), d'autres services de counselling (21 %), de programmes récréatifs (12 %) et de services médicaux ou dentaires (10 %).

Figure 4-4 (b)
Enfants orientés vers d'autres services, par principale catégorie de mauvais traitements corroborés



Source : Rapport final de l'ECI, tableau 5–2(b)

Violence psychologique : Comme dans les cas de violence physique et de négligence, environ 3 cas de violence psychologique corroborés sur 4 (79 %) ont été adressés à au moins un des services à l'enfant ou à la famille. Dans ces cas également, les familles ont le plus souvent été orientées vers des programmes d'aide aux parents (26 %), d'autres services de counselling familial ou parental (37 %) et des services de counselling en matière de toxicomanie (22 %). Dans environ 2 cas de violence psychologique sur 5 (43 %), l'enfant a été orienté vers au moins un des services, le plus souvent des services psychiatriques ou psychologiques (17 %) ou d'autres services de counselling pour enfants (28 %).

Résumé

Les enfants maltraités ont été signalés aux services de protection de l'enfance par diverses sources professionnelles et non professionnelles. Deux cas de maltraitance corroborés sur trois ont été signalés par des professionnels issus de la communauté, qui sont en contact avec les enfants sur une base régulière. En l'occurrence, le personnel scolaire et les services de police ont fait un grand nombre de ces signalements. L'autre tiers des signalements ont été faits par des sources communautaires non professionnelles, comme les parents, les membres de la famille et des voisins ou des amis.

Dans environ la moitié de tous les cas de violence physique, d'abus sexuel et de violence psychologique corroborés, les dossiers sont demeurés ouverts aux fins du maintien des services, tandis que dans les cas de négligence, ils étaient un peu plus susceptibles de demeurer ouverts en raison de la nature chronique de cette catégorie de mauvais traitements.

Bien que, dans la plupart des cas, il n'a pas été nécessaire de

« Les personnes qui commettent ces actes et les enfants qui en sont victimes doivent savoir qu'ils ont accès à des ressources. Celles-ci sont toujours disponibles. Tout ce qu'ils ont à faire, c'est de les contacter ».

[TRADUCTION]

Jeune participant à un groupe de discussion sur les stratégies de prévention[38]

placer l'enfant, dans 1 cas sur 5, il a fallu retirer l'enfant de son milieu de vie habituel par suite de l'enquête. Ces enfants ont été soit placés d'une manière informelle chez des membres de la famille ou des amis, soit placés dans une famille d'accueil ou dans un autre établissement dont les services de protection de l'enfance sont responsables.

Dans environ 1 cas de maltraitance corroboré sur 5, on envisageait d'adresser une demande au tribunal ou on l'avait déjà fait. Ces demandes étaient envisagées ou ont été faites plus souvent pour des cas de négligence et de violence psychologique que pour des cas de violence physique et d'abus sexuel.

La police a enquêté sur environ 1 cas corroboré de maltraitance sur 3. Des accusations criminelles ont subséquemment été portées dans environ 1 cas sur 5, l'abus sexuel étant la catégorie de mauvais traitements pour laquelle des accusations criminelles ont été le plus fréquemment portées par les services de police. Il est important de souligner que l'ECI n'a pu répertorier que les enquêtes policières engagées au cours de l'enquête initiale menée par les services de protection de l'enfance. Il faut en outre souligner que la police enquête également sur un grand nombre de cas de violence extra-familiale envers les enfants, dans lesquels les services de protection de l'enfance n'interviennent pas nécessairement.

Les orientations de cas étaient relativement nombreuses, plus des trois quarts des cas de maltraitance corroborés ayant été adressés à au moins un des services à l'enfant ou à la famille. Toutes catégories de mauvais traitements confondues, les familles ont été orientées le plus souvent vers des programmes d'aide aux parents, de counselling ou de counselling en matière de toxicomanie. Les enfants ont le plus souvent été adressés à des services psychiatriques ou psychologiques ou à des services de counselling.

[38] Charles G. *Youth focus group on child abuse and neglect*. Ottawa : Santé Canada, Rapport non publié.

ANNEXE A
Directeurs des centres/attachés de recherche de l'ECI

Les directeurs des centres de l'ECI ont participé à la conception de l'étude et ont facilité la collecte des données. Les attachés de recherche de l'ECI ont fourni de la formation et un soutien aux 51 centres de l'ECI pour la collecte des données. Leur enthousiasme et leur intérêt pour l'étude étaient essentiels au succès de ce projet.

Voici une liste de ceux qui ont participé à l'ECI.

Colombie-Britannique

Richard Sullivan (directeur de centre)
Faculté de travail social
Université de la Colombie-Britannique

Janet Douglas
Child Protection Services
Gouvernement de la Colombie-Britannique

Provinces des Prairies et Territoires du Nord

Joe Hornick (directeur de centre)
Institut canadien de recherche sur le droit et la famille
Université de Calgary

Avery Calhoun
Institut canadien de recherche sur le droit et la famille
Université de Calgary

Ralph Bodor
Faculté de travail social
Université de Calgary

Ontario

Barbara Fallon (gestionnaire de projet)
Faculté de travail social
Université de Toronto

Julie Thompson
Faculté de travail social
Université de Toronto

Bruce MacLaurin (gestionnaire de projet)
Faculté de travail social
Université de Toronto

Warren Helfrich
Faculté de travail social
Université de Toronto

Sharon Bartholomew
Santé Canada
Gouvernement du Canada

Nico Trocmé (enquêteur principal)
Faculté de travail social
Université de Toronto

Jairo Ortiz
Faculté de travail social
Université de Toronto

Québec

Marc Tourigny (directeur de centre)
Département de psychoéducation et de psychologie
Université du Québec à Hull

Micheline Mayer (directrice de centre)
Institut de recherche pour le développement social des jeunes
Centres jeunesse de Montréal

John Wright (directeur de centre)
Département de psychologie
Université de Montréal

Joanne Boucher
Partenariat de recherche et d'intervention en matière d'abus sexuel à l'endroit des enfants
Université de Montréal

Marie-Claude Larrivée
Université du Québec à Trois-Rivières

Sonia Helie (coordonnatrice de l'EIQ)
Institut de recherche pour le développement social des jeunes
Centres jeunesse de Montréal

Chantal Lavergne
Institut de recherche pour le développement social des jeunes
Centres jeunesse de Montréal

Provinces de l'Atlantique

Gale Burford (directeur de centre)
École de travail social
Université Memorial de Terre-Neuve

Ken Barter (directeur de centre)
École de travail social
Université Memorial de Terre-Neuve

Brian Kenny
Department of Health and Community Services
Gouvernement de Terre-Neuve et du Labrador

Julia Foran
Conseillère en matière de protection de l'enfance
Fredericton (Nouveau-Brunswick)

Brenda Romans
Family and Children Services of Yarmouth County
Yarmouth (Nouvelle-Écosse)

Entrée des données

Les données de la Feuille de renseignements préliminaires ont été entrées par Cita de los Santos à Toronto. À Montréal, les données ont été entrées par Lydie Bouchard, Véronique Gauthier, Annie Bérubé, Mireille Desrochers, Bibiane Monfette, Nathalie Robertson, Caroline Gélinas.

Analyse des données

Statistique Canada a collaboré à l'élaboration du plan d'échantillonnage et des fichiers des régions spéciales, ainsi qu'à l'établissement des pondérations et des intervalles de confiance. Nous remercions tout particulièrement Korina Besednik, Andrea Durning et Jane Mulvihill de Statistique Canada pour leur collaboration.

Nous remercions Donald Morrison et Hong-Xing Wu pour leur soutien statistique et technique, notamment pour la gestion et l'analyse des données.

Enfin, nous remercions tout spécialement Tim Daciuk pour son soutien statistique tout au long du projet.

ANNEXE B
Membres du Comité consultatif national et personnel de Santé Canada

Le Comité consultatif national a fourni des conseils pour la conception de l'étude, en particulier en ce qui concerne les stratégies de recrutement et les instruments de sondage. Le personnel de Santé Canada a joué un rôle actif tout au long de l'étude, fournissant ses commentaires, ses conseils et son soutien à toutes les étapes du projet.

Membres du Comité consultatif national

Alberto Barceló
Conseiller régional pour les maladies non transmissibles
Organisation panaméricaine de la santé
Washington, DC

Grant Charles
Associé
Garfat, Charles and Associates
Calgary (Alb.)

Elizabeth Crawford
Directrice des relations communautaires
Department of Health and Community Services
Gouvernement de Terre-Neuve et du Labrador
St. John's (T.-N.)

Ross Dawson
Directeur des services de protection de l'enfance
Ministry of Children and Families
Gouvernement de la Colombie-Britannique
Victoria (C.-B.)

Debbie Foxcroft
Directrice exécutive
Nuu-chanh nulth
Community and Human Services
Port Alberni (C.-B.)

Cherry Kingsley
Conseillère
Save the Children
Burnaby (C.-B.)

Harriet MacMillan
Centre for the Study of Children at Risk
Hamilton Health Sciences Corporation
Hamilton (Ont.)

Peter Markesteyn
Conseiller
Université du Manitoba
Winnipeg (Man.)

George Muswaggon
Awais Agency of Northern Manitoba
Cross Lake First Nations
Cross Lake (Man.)

George Savoury
Directeur des services de protection de l'enfance
Family and Children's Services
Department of Community Services
Gouvernement de la Nouvelle-Écosse
Halifax (N.-É.)

Sandra Scarth (présidente)
Conseillère en matière de protection de l'enfance
Brentwood Bay (C.-B.)

Craig Shields
Conseiller
Services sociaux et de santé
Thornhill (Ont.)

David Wolfe
Professeur de psychologie
Département de psychologie
Université de Western Ontario
London (Ont.)

Personnel de Santé Canada

Gordon Phaneuf
Chef, Division de la violence envers les enfants
Bureau de la santé génésique et de la santé de l'enfant

Sharon Bartholomew
Richard De Marco
Janet Doherty
Amanda Harrington
Kim Kingsbury
Kathleen Moss
Lil Tonmyr
Lisa Wallans
Division de la violence envers les enfants
Bureau de la santé génésique et de la santé de l'enfant

Ian McNeill
Conseiller auprès de la Division de la violence envers les enfants
Bureau de la santé génésique et de la santé de l'enfant

Catherine McCourt
Directrice, Bureau de la santé génésique et de la santé de l'enfant